#

# Ansökan

## om auktorisation av tandtekniskt laboratorium

### Grundläggande uppgifter

**Företagsuppgifter:** (Obligatoriska uppgifter märkta med \*.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| JURIDISKT FÖRETAGSNAMN: \* |  | ORGANISATIONSNUMMER: \* |
| POSTADRESS (ev. box): \* | POSTNUMMER: \* | ORT: \* |
| TELEFON: \* | E-POST: \* |

**Ja,**

 jag godkänner att mina personuppgifter behandlas enligt nedan\*.

**Ja,**

 jag ansvarar för att meddela Sveriges Tandteknikerförbund om några av dessa uppgifter ändras (kryssa i).

**Ja,**

 Mitt laboratorium vill finnas på listan över auktoriserade laboratorium på tandteknikerförbundets hemsida med företagsuppgifter

Certifieringen gäller i 24 månader efter godkännandet.
Administrationskostnad för certifieringen är 700 kronor inklusive moms per certifieringstillfälle.

\*Dina personuppgifter är alltid skyddade hos oss. Vi på Sveriges Tandteknikerförbund värnar om den personliga integriteten. Vi prioriterar skyddet av all information du anförtror oss och följer dataskyddsförordningen GDPR och de lagar och regler som gäller i Sverige, för att skydda din integritet. Bara ett begränsat antal personer med särskild behörighet har tillgång till informationen.

**Så här behandlar Sveriges Tandteknikerförbund dina personuppgifter**

Sveriges Tandteknikerförbund behandlar personuppgifter i syfte att administrera kundförhållandet och lämnas inte ut till tredje man.

 **Checklista och underskrift krävs på nästa sida** ➔

#

# Ansökan

## om auktorisation av tandtekniskt laboratorium

**Checklista och intygande av uppgifter**

**Checklista för dokument som skall bifogas:** Samtliga bilagor måste bifogas för auktorisation.

Kopia av registreringsbeviset från Läkemedelsverket om tillverkning av specialanpassade medicintekniska produkter.

Har en godkänd kvalitetssäkring registrerad hos tandteknikerförbundet eller

ett dokument som styrker kvalitetssäkringsarbetet från till exempel Fokus, FR 2000, ISO 9001, ISO 13485 eller annat kvalitetsledningssystem.

**Uppgifternas riktighet intygas av:**

|  |  |
| --- | --- |
| ORT: \* | NAMNTECKNING FIRMATECKNARE: \* |
| DATUM: \* |
| E-POST: \* | NAMNFÖRTYDLIGANDE FIRMATECKNARE: \* |
|  |  |

**Skicka ansökan med bilagor till:**

Sveriges Tandteknikerförbund Service AB

Box 833, 101 36 Stockholm

FYLLS I AV Sveriges Tandteknikerförbund Service AB:

|  |  |
| --- | --- |
| AUKTORISATIONSDATUM: | SIGNATUR: |