

Sänds till  
[registeruttag@forsakringskassan.se](mailto:registeruttag@forsakringskassan.se)**Läs här innan du fyller i blanketten:**

- Anmälan ska besvaras innan anslutning till LEFI Online kan göras.
- Uppskattningar om tänkta volymer som görs i detta dokument är inte bindande utan utgör ett underlag för att anslutning ska kunna realiseras hos båda parter.
- Denna anmälan ska skickas in till Försäkringskassan i god tid innan tänkt anslutning till LEFI Online.

**1. Uppgifter om organisationen**

Organisationens namn	Organisationsnummer
----------------------	---------------------

**2. Uppgifter om kontaktperson**

Ange vem som är kontaktperson för anslutande part/avtal gentemot Försäkringskassan. Ange namn, telefon och e-postadress.

Om ni har valt att ha olika kontaktpersoner för olika sakområden så anger ni detta under övrig information.

Namn	
Telefon, även riktnummer	E-postadress

**3. Fakturaadress**

Försäkringsbolag ska ange aktuell faktureringsadress. (Gäller ej kommuner, a-kassor och statliga myndigheter).

Adress
Postnummer och ort
Er eventuella referens

**Tekniska frågor****4. Ange uppskattat antal frågor**

Uppskattat antal frågor per år:	Uppskattat maximalt antal frågor per dag:
---------------------------------	-------------------------------------------

**5. Ange val av gränssnitt**

<input type="checkbox"/> System-till-system-gränssnitt	<input type="checkbox"/> Webbgränssnitt
--------------------------------------------------------	-----------------------------------------

Frågorna 6 och 7 ska endast fyllas i om System-till-system-gränssnitt valts.

**6. Vilket kommunikationsprotokoll avser ni att välja (enbart system-till-system)**

<input type="checkbox"/> SHS	<input type="checkbox"/> SSEK 1.0
<input type="checkbox"/> Webservice	<input type="checkbox"/> SSEK 2.0

**7. Ange organisationsnummer som ska användas i frågan (enbart system-till-system)**

Det organisationsnummer som ska anges är det organisationsnummer som ska vara kommunicerande parts organisationsnummer.

Organisationsnummer
---------------------

**8. Tjänsteleverantör**

Ange namn och organisationsnummer för eventuell tjänsteleverantör

Namn	Organisationsnummer
------	---------------------

**9. Övriga upplysningar**

Här kan ni ange övrig information som ni anser kan vara intressant för Försäkringskassan att känna till.

	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga
--	--------------------------------------------------------------