

Blanketten måste fyllas i digitalt då den skannas in av Säkerhetspolisen.

Verksamhetsutövare

Organisationsnummer

Verksamhetsutövarens namn (fullständigt namn)

Tillsynsmyndighet/Kommun/Region

Organisationsnummer

Tillsynsmyndighetens/Kommunens/Regionens namn (fullständigt namn)

Leverantör

Organisationsnummer

Företag (fullständigt namn)

☐ Huvudleverantör

☐ Underleverantör

Avtal

Namn/diarienummer

Bransch

Tecknat säkerhetsskyddsavtal

☐ Nivå 1

☐ Nivå 2

☐ Nivå 3

Datum (åååå-mm-dd)

Avtalets upphörande

Upphör (åååå-mm-dd) **

Verksamhetsutövarens underskrift (ifylles endast vid ändring av datum)

Namnförtydligande

Verksamhetsutövarens underskrift

Namnförtydligande

Information

Ifylld blankett skickas alltid i original till:

Säkerhetspolisen
Registerkontrollen
Box 12312
102 28 STOCKHOLM