

Sänds till
registeruttag@forsakringskassan.se**Läs här innan du fyller i blanketten:**

- Anmälan ska besvaras innan anslutning till LEFI Prenumeration 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 Prenumeration.

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

Frågor om anslutning, test och innehåll

I nedanstående del av anmälan ska ni besvara vissa frågor om anslutning, test och önskat innehåll i er beställning.

4. Anslutningsplan

När i tiden avser ni att ansluta mot LEFI Prenumeration:
Övriga kommentarer

5. Testplan

Ange tidpunkter för test mot Försäkringskassan:
Övriga kommentarer

6. Ange uppskattat antal frågor i prenumerationen

Uppskattat antal frågor per år:	Uppskattat maximalt antal frågor per dag:	Ange storleken på initiala beståndet:
---------------------------------	---	---------------------------------------

7. Ange förmåner

Ange vilka förmåner ni avser att beställa information om. Välj mellan *Alla* eller *Urval av förmåner*. Om ni väljer *Urval av förmåner* ska ni ange vilka i övrigt fältet. Använd dokumentet *LEFI Prenumeration - beskrivning av person- och förmånsinformation* som stöd.

<input type="checkbox"/> Alla <input type="checkbox"/> Urval av förmåner (ange vilka)
Övriga förmåner

Tekniska frågor

8. Vilket kommunikationsprotokoll avser ni att välja

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

9. Inlämningsadress och signeringscertifikat

Ange URL samt portnummer till er server som Försäkringskassan ansluter mot för att sända resultatfilerna. Ange också vilket namn det kommer att stå i signeringscertifikatet(CN).

URL
Portnummer
Signeringscertifikat (CN)

10. Tekniska begränsningar

- Ange de uppmätta tekniska begränsningarna i antalet megabyte (MB) för att skicka data. Svaret är avgörande för att för storleken på resultatfilerna som kan skickas över SSEK.
- Ange de uppmätta tekniska begränsningarna i antalet megabyte (MB) för att ta emot data. T.ex. antal poster, maximal storlek på filen etc.

Tekniska begränsningar för att <i>skicka</i> data:
Tekniska begränsningar för att ta <i>emot</i> data:
Övriga kommentarer

11. 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
--	--