



**Karolinska  
Institutet**

**Adress:** **Solna**  
Receptionen, Aula Medica  
Nobelsväg 6, Solna Tider:  
vardagar kl. 08:00 - 16:00.

**Adress:** **Flemingsberg**  
Alfred Nobels allé 10, pl 4  
Tider: måndag kl.14:30 - 15:30.  
Övrig tid kontaktas Torgny  
Norén

**Medtag fotolegitimation**

## Intyg för utfärdande av passerkort

### Personuppgifter:

Namn: .....

Personnummer: .....

Institution: .....

### Anledning:

- Anställd  
 Annat: .....

### Giltighetstid: Om kortare tid än 2 år önskas

Passerkortet skall gälla fr.o.m...../..... 20..... t.o.m...../.....20.....

Härmed intygar jag att passerkort får utfärdas för ovanstående person.

Flemingsberg/Solna den...../..... 20.....

.....  
*Prefekt/ Administrativ chef  
eller motsvarande*

.....  
*Namnförtydligande*

### Kortinnehavaren:

- Jag förbinder mig att förvara passerkortet på ett sådant sätt att obehörigt utnyttjande inte kan ske.
- Jag är medveten om att det är förbjudet att låna ut kortet eller kopiera det.
- Jag förbinder mig att omgående anmäla förlust av kortet till utföraren.
- Jag förbinder mig att återlämna kortet till utföraren för avregistrering när jag slutar.

Jag accepterar härmed ovanstående villkor för kortinnehav och är därmed införstådd med innebörden av att vara inloggad i KI:s säkerhetssystem.

.....  
*Namnteckning*