



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

**Samverkansanspart** (avser den part som fyller i underlaget)

Organisationsnummer

Fullständigt namn

**Tillsynsmyndighet/Kommun/Region**

Organisationsnummer

Tillsynsmyndighetens/Kommunens/Regionens namn (fullständigt namn)

**Avtal**

Avtalsnamn  Bransch

Tecknat säkerhetsskyddsavtal  Nivå 1  Nivå 2  Nivå 3

Datum (åååå-mm-dd)  Avtalets upphörande (åååå-mm-dd)

**Samverkansparter**

Organisationsnummer	Fullständigt namn
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fler samverkansparter bifogas i bilaga

Underskrift

Namnförtydligande

Ifylld blankett skickas alltid i original till:  
**Säkerhetspolisen**  
**Registerkontrollen**  
**Box 12312**  
**102 28 STOCKHOLM**