



ØRLAND KOMMUNE

Bekreftelse

Jeg bekrefter med dette at jeg har gjennomgått og gjort meg kjent med bestemmelsene i «Reglement for bruk av Ørland kommunes IT-tjenester».

Jeg bekrefter også min plikt til å holde meg oppdatert om endringer i reglementet, jf. Pkt.1,4.

Avdeling: HJEMMESYKEPLEIEN, sone Buan

Stilling: ASS.

21/11-20

Dato

Stine Frønes Eian

Navn

STINE FRØNES EIAN

Navn gjentas med blokkbokstaver