



ÄNDRINGSANMÄLAN

Ändring avser: Avtal för akut tandvård för vuxna asylsökande			
Avtal	Leverantörens juridiska namn		Organisationsnummer
	Namn på Enhet		Bankgiro/Plusgiro
ÄNDRADE UPPGIFTER (fyll endast i fält där uppgifter ändrats)			
<i>Blanketten ska fyllas i digitalt</i>			
LEVERANTÖR	Leverantörens juridiska namn		
	Adress		Postnummer
	Postadress		
	Telefonnummer	Mobilnummer	Bankgiro/Plusgiro
	E-postadress		Hemsida
	Kontaktperson (om annan än verksamhetschef)	Telefonnummer	E-postadress
ENHET	Namn på Enhet		Telefonnummer för patienter
	Besöksadress		Postnummer
	Postadress		
	E-postadress		Hemsida
	Verksamhetschef		Personnummer
	Telefonnummer	E-postadress	

Leverantörens juridiska namn måste överensstämma med det namn som är registrerat på Bolagsverket och knutet till organisationsnumret.

Kontaktperson är obligatorisk om annan än verksamhetschef.

Skriv ut, signera och skicka ansökan till:

Region Skåne
Diariet
291 89 Kristianstad

Märk kuvertet med:
Avtal för akut tandvård för vuxna asylsökande

Vid frågor kring ansökan, vänligen

kontakta Vårdgivar-service

www.skane.se/vardgivar-service

Datum enligt format XXXX-XX-XX

Underskrift av Firmatecknare

Ändring börjar gälla (XXXX-XX-XX)

Namnförtydligande