

UPPSÄGNING AV AVTAL FÖR AKUT
TANDVÅRD FÖR VUXNA ASYLSÖKANDE



UPPSÄGNING av avtal med Region Skåne

För att underlätta hantering och undvika fel - fyll i med datorn

Uppsägning avser: Avtal för akut tandvård för vuxna asylsökande			
AVTALSPART			
LEVERANTÖR	Leverantörens juridiska namn		Organisationsnummer
	Adress	Postnummer	Postadress
	E-postadress		
	Kontaktperson (om annan än verksamhetschef)	Telefonnummer	E-postadress
ENHET	Namn på Enhet		Datum önskat avslut (minst 6 mån)
	Besöksadress	Postnummer	Postadress
	Orsak till uppsägning	Hemsida	

Datum enligt formatt XXXX-XX-XX

Underskrift av Avtalsansvarig/Juridisk person

Namnförtydligande

**Undertecknad blankett skickas till:
Region Skåne, Diariet, 291 89 Kristianstad**