

ANMÄLAN om start av vårdverksamhet



Fyll gärna i blanketten med hjälp av datorm. Datum ska skrivas i formatet XXXX-XX-XX. Kryssrutorna kan markeras med musen.

Anmälan avser:

Vårdavtal enligt LOU, Specialitet:

Samverkansavtal enligt LOL/LOF, Specialitet:

Uppdrag enligt LOV: Barnmorskemottagning (BMM) Barnvårdscentral (BVC)

Grå starr Hud Läkemedelsbehandlad rehabilitering vid opioidberoende (LARO)

Psykoterapi Vårdcentral Ögonsjukvård

AVTALSPART

Företagets/personens fullständiga namn		Organisationsnr/Personnr (tio siffror)	
Utdelningsadress		Postnummer	Ort
E-postadress till funktionsbrevlåda		Avtalets diariernr (ifylles av Region Skåne)	
Namn på verksamhetschef		Telefonnummer till verksamhetschef	E-postadress till verksamhetschef
Tel nr växel	Fax	Hemsida	

BETALNINGSMOTTAGARE

Betalmottagare (om annan än ovan)		Organisationsnr (om annan än ovan)	
Utdelningsadress (om annan än ovan)		Postnummer	Ort
Tel nr (om annan än ovan)	Fax (om annan än ovan)	E-postadress (om annan än ovan)	Hemsida (om annan än ovan)
Betaling till <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro		Plusgiro/Bankgiro	
<input type="checkbox"/> Kopia av betalningsmottagarens F-skattebevis bifogas			
<input type="checkbox"/> Bevis på vem ovanstående konto tillhör bifogas			
Relation mellan avtalspart och betalningsmottagare (om annan betalningsmottagare än avtalsparten)			
Ev meddelande till betalningsmottagare vid utbetalning			

Vi kommer att leverera fakturaunderlag (vårdkontaktarna) genom användandet av

Annat Privakompatibelt system:

MOTTAGNING

Mottagningsnamn		Beräknad verksamhetsstart (datum)	
Gatuadress		Postnummer	Ort
Tel mottagning	Tel tidsbeställning	Fax	E-postadress
Namn på kontaktperson	E-postadress till kontaktperson	Telefonnummer till kontaktperson	Mottagningen är ansluten till Region Skånes internpostsystem <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

KONTAKTPERSON FÖR IT-FRÅGOR

Namn	Personnummer	Tel nr till kontaktperson
E-postadress		

LOKALT IT-ANSVARIGA (anges endast för de system som avtalats) (EJ aktuellt för LOL och LOF)		
Lokalt ansvarig 1 för PASIS	Personnummer	Tel nr till lokalt ansvarig 1
Lokalt ansvarig 2 för PASIS	Personnummer	Tel nr till lokalt ansvarig 2
Lokalt ansvarig 1 för Skånekatalogen	Personnummer	Tel nr till lokalt ansvarig 1
Lokalt ansvarig 2 för Skånekatalogen	Personnummer	Tel nr till lokalt ansvarig 2
Lokalt ansvarig 1 för LISSY	Personnummer	Tel nr till lokalt ansvarig 1
Lokalt ansvarig 2 för LISSY	Personnummer	Tel nr till lokalt ansvarig 2
Lokalt ansvarig 1 för annat system (ange vilket system)	Personnummer	Tel nr till lokalt ansvarig 1
Lokalt ansvarig 2 för annat system (ange vilket system)	Personnummer	Tel nr till lokalt ansvarig 2

VÅRDGIVARE SOM SKA REGISTRERAS I PRIVA (EJ aktuellt för LOV)

Namn	Personnummer	Vårdgivarkategori	Vårdg ID
Namn	Personnummer	Vårdgivarkategori	Vårdg ID

KONTAKTPERSONER FÖR MINA VÅRDKONTAKTER (EJ aktuellt för LOL och LOF)

Namn	Personnummer
E-postadress	
Namn	Personnummer
E-postadress	

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

Datum

Underskrift behörig firmatecknare

Namnförtydligande behörig firmatecknare

Har du frågor kontakta Vårdgivar-service: 040-623 90 00 eller på <https://vardgivare.skane.se/supportsidor/vardgivar-service/>

Undertecknad blankett och bilagor (F-skattebevis och bevis om konto) ska vara Upplagsgivare tillhanda 10 veckor före beräknad avtalsstart.

Skickas till: Region Skåne, Regionservice, Gemensam sevicefunktion, Vårdgivar-service, Medicon Village, Byggnad 203, 223 81 Lund