

ÄNDRINGSANMÄLAN

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



Anmälan avser uppdrag enligt LOV: Barnmorskemottagning (BMM) Barnvårdscentral (BVC)
 Grå starr Hud Läkemedels rehabilitering vid opioidberoende (LARO)
 Multimodal smärtbehandling (MMS) Psykoterapi Vårdcentral Ögonsjukvård

AVTALSPART / FÖRETAG		Avtalspartsnr eller Enhetsbeteckning
Företagets/personens fullständiga namn		Organisationsnr/Personnr
Utdelningsadress	Postnummer	Postadress
E-postadress till funktionsbrevlåda	Avtalsets diarienum (fylls i av REGION SKÅNE)	
Kontaktperson	Tel nr kontaktperson	E-postadress till kontaktperson

MOTTAGNINGSDRESS / ENHETENS ADRESS

Mottagningsnamn	Tel mottagning	Fax nr
Gatuadress	Postnummer	Postadress
Övriga upplysningar		

NY MOTTAGNINGSDRESS / ENHETENS ADRESS

Mottagningsnamn	Fr.o.m. datum	Tel mottagning	Fax nr
Gatuadress	Postnummer	Postadress	

NY VERKSAMHETSCHEF

Namn	Personnummer	Telefonnummer
E-postadress	Fr.o.m. datum	

FILIAL (Gäller inte LARO-mottagning)

Mottagningsnamn	Tel mottagning	Tel tidsbeställning
Gatuadress	Fr.o.m. datum	
Övriga upplysningar		

.....
Datum

.....
Underskrift av behörig firmatecknare hos avtalsparten

Namnförtydligande

Undertecknad blankett skickas till: Diariet, Rådhuset, 291 89 Kristianstad

Region Skånes underskrift av strateg/registerare

.....
Datum

.....
Underskrift