

ÄNDRINGSANMÄLAN

Fyll gärna i blanketten på 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)
 Psykoterapi Vårdcentral Ögonsjukvård

AVTALSPART / FÖRETAG		Avtalspartsnr eller Enhetsbeteckning
Företagets/personens fullständiga namn		Organisationsnr/Personnr (tio siffror)
Utdelningsadress	Postnummer	Postadress
E-postadress till funktionsbrevlåda	Avtalets 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/RS-id	Telefonnummer
E-postadress	Fr.o.m. datum	

NYTT MOTTAGNINGSNAMN

Mottagningsnamn

Datum _____

Underskrift verksamhetschef _____

Namnförtydligande verksamhetschef _____

Ändringsanmälan ska vara uppdragsgivaren tillhanda senast 60 dagar innan planerad ändring.

Skickas till: **Diariet, Rådhus Skåne, 291 89 Kristianstad**

Underskrift uppdragsgivaren: _____

Namnförtydligande uppdragsgivaren: _____