

Ansökan om Ändring Audionommottagning



Reviderat: 2025-06-10

Diarienummer:

Blanketten ska vara datorifylld med handskriven signatur. Anmälan avser Vårdavtal enligt lag (2008:962) om valfrihetssystem för Audionommottagning.

Har du frågor kontakta Vårdgivarsservice på telefonnummer 040-623 90 00 eller via formulär på <https://vardgivare.skane.se/supportsidor/vardgivarsservice/>.

Del 1 – Aktuella basuppgifter

Avtalspart (företag)

Företagsnamn:

Avtalspart-ID:

Organisationsnummer (tio siffror):

Utdelningsadress:

Postnummer och ort:

Verksamhetschef

För- och efternamn:

Telefonnummer:

E-postadress:

Mottagning (besöksadress för patienter)

Mottagningsnamn:

Gatuadress:

Postnummer och ort:

Del 2 – Ändringsanmälan

Ange vad ändringen gäller genom att markera kryssrutan. Fyll därefter i uppgifter i tillhörande block.

☐ Ny mottagningsadress

☐ Ny verksamhetschef

☐ Nytt mottagningsnamn

☐ Byte av Plusgiro eller Bankgiro

Ny mottagningsadress

Gatuadress:

Postnummer och ort:

Planeras från och med (åååå-mm-dd):

Nytt mottagningsnamn

Observera att Region Skånes namnstandard ska följas.

Mottagningsnamn:

Planeras från och med (åååå-mm-dd):

Ny verksamhetschef

För- och efternamn:

Personnummer eller RS-id:

E-postadress:

Telefonnummer:

Planeras från och med (åååå-mm-dd):

Byte av Plusgiro eller Bankgiro

- ☐ Plusgiro
- ☐ Bankgiro

Ange Plus- eller Bankgironummer:

Nummer:

Övriga kommentarer och upplysningar:

Underskrift avtalspart

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Ändringsanmälan ska vara Uppdragsgivaren tillhanda 60 dagar före planerad ändring. Ändringen börjar alltid gälla första vardagen i en kalendermånad efter komplett och av Uppdragsgivaren godkänd ändringsanmälan.

Skickas till: Region Skåne, 291 89 Kristianstad

Ifylls Region Skåne:

Datum för verifikation (åååå-mm-dd):

Godkänt ändringsdatum från och med (åååå-mm-dd):

Underskrift Region Skåne

Datum

Underskrift

Namnförtydligande