

# ÄNDRINGSANMÄLAN gällande LOL och LOF

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:

LOL, specialitet

LOF, arvodeskategori:  A  B

AVTALSPART		Avtalsparts nr eller Enhetsbeteckning	
Personens fullständiga namn		Personnr	
Utdelningsadress	Postnummer	Postadress	
Kontaktperson	Tel nr kontaktperson	E-postadress kontaktperson	
E-postadress till ev. funktionsbrevlåda			

NY MOTTAGNINGSDRESS

Följande information gäller endast fysioterapeut, LOF: om vårdgivaren avser bedriva arvodeskategori B på den nya mottagningsadressen ska ansökan om arvodeskategori B lämnas på särskild blankett.

Mottagningens namn	Fr o m datum	Telefon mottagning	Telefon tidsbeställning
Gatuadress	Postnummer	Postadress	
Övriga upplysningar			

FILIAL

Mottagningens namn	Fr o m datum	Telefon mottagning	Telefon tidsbeställning
Gatuadress	Postnummer	Postadress	
Skäl till att filial avses öppnas	Omfattning (% av verksamhet som ska bedrivas på filial)		

ÄNDRING AV ARVODESKATEGORI (Gäller endast fysioterapeut, LOF. Vid byte till arvodeskategori A krävs inga handlingar utöver denna anmälan. Ansökan om arvodeskategori B skrivs på särskild blankett)

Ny arvodeskategori <input type="checkbox"/> Arvodeskategori A	Fr o m (datum)
Övriga upplysningar	

.....  
Datum

.....  
Underskrift av avtalsparten

Namnförtydligande

**Undertecknad blankett skickas till:  
Diariet, Rådhuset, 291 89 Kristianstad  
Märk kuvertet: LOL/LOF**

Region Skånes underskrift av strateg

.....  
Datum

.....  
Underskrift