



# Ansökan om Ändring LOL

Reviderat: 2025-06-06

Diarienummer:

Blanketten ska vara datorifylld med handskriven signatur. Anmälan avser Vårdavtal enligt lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL).

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

### Specialistkompetens

Läkares specialitet:

### Avtalspart

Fullständigt namn:

Personnummer (tio siffror):

Hemadress:

Postnummer och ort:

### Mottagning (besöksadress för patienter)

Mottagningsnamn:

Avtalspart-ID:

Gatuadress:

Postnummer och ort:

## Del 2 – Ändringsanmälan

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

- |                                               |                                                                   |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ny hemadress         | <input type="checkbox"/> Ny filialadress och/eller namn på filial |
| <input type="checkbox"/> Ny mottagningsadress | <input type="checkbox"/> Byte av Plusgiro eller Bankgiro          |
| <input type="checkbox"/> Nytt mottagningsnamn |                                                                   |

### Ny hemadress

Gatuadress:

Postnummer och ort:

Planeras från och med (åååå-mm-dd):

### Nytt mottagningsnamn

Vi rekommenderar att ni läser Region Skånes namnstandard vid namnbyte.

Mottagningsnamn:

Planeras från och med (åååå-mm-dd):

### Ny mottagningsadress

Gatuadress:

Postnummer och ort:

Planeras från och med (åååå-mm-dd):

### Ny filialadress och/eller namn på filial

Nytt namn på filial:

Ny filialadress (gatuadress):

Postnummer och ort:

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 av Region Skåne:

Datum för verifikation (åååå-mm-dd):

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

Underskrift Region Skåne

---

Datum

Underskrift

Namnförtydligande