

ÄNDRINGSANMÄLAN

Fyll gärna i blanketten på datorn. 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 Ögonsjukvård
 Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) Psykoterapi Vårdcentral

AVTALSPART / FÖRETAG

Avtalspartsnr eller Enhetsbeteckning

Företagets/personens fullständiga namn

Organisationsnr/Personnr (tio siffror)

Utdelningsadress

Postnummer

Ort

E-postadress till funktionsbrevlåda

Avtalets diariennr (fylls i av REGION SKÅNE)

Namn på verksamhetschef

Telefonnummer till verksamhetschef

E-postadress till verksamhetschef

MOTTAGNINGSDRESS/ENHETENS ADRESS

Mottagningsnamn

Tel mottagning

Fax nr

Gatuadress

Postnummer

Ort

NY MOTTAGNINGSDRESS

Mottagningsnamn

Fr.o.m. datum

Tel mottagning

Fax nr

Gatuadress

Postnummer

Ort

NY VERKSAMHETSCHEF

Namn

Personnummer/RS-id

Telefonnummer

E-postadress

Fr.o.m. datum

NYTT MOTTAGNINGSNAMN

Mottagningsnamn

From datum

Övriga upplysningar

Ansökan ska vara Uppdragsgivaren tillhanda 60 dagar före beräknat startdatum. Avtalet börjar alltid gälla första vardagen i en kalendermånad efter komplett och av Uppdragsgivaren godkänd ansökan.

Skickas till: **Region Skåne, 291 89 Kristianstad**

Datum

Underskrift verksamhetschef

Namnförtydligande verksamhetschef

Verifikationsbesök datum

Godkänt startdatum

Datum

Underskrift uppdragsgivare

Namnförtydligande uppdragsgivaren