



# Ansökan om Ändring Psykoterapi

Reviderat: 2025-05-30

Diarienummer:

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

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.

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

### 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):

## Ny filialadress och/eller namn på filial

Observera att Region Skånes namnstandard ska följas.

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 behörig firmatecknare

---

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