

# ÄNDRINGSANMÄLAN

Fyll gärna i blanketten på datorn. Fyll i aktuella fält och kryssrutor.  
Datum ska skrivas i formatet XXXX-XX-XX.



Anmälan avser uppdrag enligt LOV:

Audionommottagning - Grundläggande hörselrehabilitering

|  |  |  |
|--|--|--|
| AVTALSPART / FÖRETAG                   |  | Avtalspartsnummer                      |
| Företagets/personens fullständiga namn |  | Organisationsnr/Personnr (tio siffror) |
| Utdelningsadress                       | Postnummer                                   | Postadress                             |
| E-postadress till funktionsbrevlåda    | Avtalets diariernr (fylls i av REGION SKÅNE) |  |
| Kontaktperson                          | Tel nr kontaktperson                         | E-postadress till kontaktperson        |

## MOTTAGNINGSDRESS/ENHETENS ADRESS

|                     |                |            |
|---------------------|----------------|------------|
| Mottagningsnamn     | Tel mottagning | Fax nr     |
| Gatuadress          | Postnummer     | Postadress |
| Övriga upplysningar |                |            |

## NY MOTTAGNINGSDRESS/ENHETENS ADRESS

|                 |               |                |        |
|-----------------|---------------|----------------|--------|
| Mottagningsnamn | Fr.o.m. datum | Tel mottagning | Fax nr |
| Gatuadress      | Postnummer    | Postadress     |        |

## NY VERKSAMHETSCHEF

|              |                    |               |
|--------------|--------------------|---------------|
| Namn         | Personnummer/RS-id | Telefonnummer |
| E-postadress | Fr.o.m. datum      |               |

## NYTT MOTTAGNINGSNAMN

|                 |
|-----------------|
| Mottagningsnamn |
|-----------------|

Datum \_\_\_\_\_

Underskrift verksamhetschef \_\_\_\_\_

Namnförtydligande verksamhetschef \_\_\_\_\_

Ändringsanmälan ska vara uppdragsgivaren tillhanda senast 30 eller 60 dagar innan planerad ändring beroende på ändring.

Skickas till: **Diariet, Rådhus Skåne, 291 89 Kristianstad**

Underskrift  
uppdragsgivaren: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande uppdragsgivaren: \_\_\_\_\_