

# 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  Läkemedels rehabilitering vid opioidberoende (LARO)  
 Psykoterapi  Vårdcentral  Ögonsjukvård

AVTALSPART / FÖRETAG		Avtalspartsnr eller Enhetsbeteckning
Företagets/personens fullständiga namn		Organisationsnr/Personnr (tio siffror)
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-postadress till funktionsbrevlåda		Avtalsets diariern (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
---------------------

Datum Underskrift verksamhetschef Namnförtydligande verksamhetschef

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**

Verifikationsbesök datum	Godkänt startdatum
--------------------------	--------------------

Datum Underskrift uppdragsgivare Namnförtydligande uppdragsgivaren