

# Ansökan Familjecentral

Kompletta Familjecentral

Familjecentralslignande verksamhet

Sökande barnavårdcentral		
Verksamhetschef	Personnummer	RS ID nr
E-postadress		
Öppen förskola		
Planerat datum för start av mottagning		

Barnmorskemottagning		
Verksamhetschef	Personnummer	RS ID nr
E-postadress		
Kommunens socialtjänst		

Ort	Datum
-----	-------

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

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

Verifikationsbesök datum
Godkänd att starta datum

För uppdragsgivaren: \_\_\_\_\_

Ska bifogas: Lokalt samarbetsavtal

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