

## Ansökan Uppdrag för Klimakterierådgivning

Sökande barnmorskemottagning		
Verksamhetschef	Personnummer	RS ID nr
E-postadress		
Planerat datum för start av mottagning		

### KRAV FÖR GODKÄNNANDE

#### Bemanning

Namngiven leg barnmorska	Personnummer	RS ID nr
E-postadress		
Namngiven specialist i gynekologi	Personnummer	RS ID nr
E-postadress		
Namngiven specialist i allmän medicin	Personnummer	RS ID nr
E-postadress		

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

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

Verifikationsbesök datum
Godkänd att starta datum

För uppdragsgivaren: \_\_\_\_\_

Ska bifogas: Barnmorskans fortbildning, 7,5 poäng, examensbevis,

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