

## ANSÖKAN

Ansökan avser:

Vårdavtal enligt LOV, allmän tandvård för barn och unga vuxna

Vårdavtal enligt LOV, specialiserad tandvård för barn och unga vuxna

### UPPGIFTER:

Blanketten ska fyllas i digitalt

<b>LEVERANTÖR</b>	Leverantörens juridiska namn		Organisationsnummer
	Adress		Postnummer Postadress
	Telefonnummer	Mobilnummer	Bankgiro/Plusgiro
	E-postadress		Hemsida
	Kontaktperson (om annan än verksamhetschef)		Telefonnummer E-postadress

Leverantörens juridiska namn måste överensstämma med det namn som är registrerat på Bolagsverket och knutet till organisationsnumret.

Kontaktperson är obligatorisk om annan än verksamhetschef.

Röda fält är obligatoriska.

En ansökningsblankett ska fyllas i för varje Enhet som önskar Kontrakt!

<b>ENHET</b>	Namn på Enhet		Telefonnummer för patienter
	Besöksadress		Postnummer Postadress
	E-postadress		Hemsida
	Verksamhetschef		Personnummer
	Telefonnummer		E-postadress

Namn på Enhet är det namn som ni önskar få publicerat på 1177.se

Röda fält är obligatoriska

### BERÄKNAD DRIFTSTART

Sökande ska ange från vilket datum som vården som omfattas av Uppdraget ska bedrivas. Annat datum för Beräknad Driftstart i ansökan kan ensidigt godkännas av Uppdragsgivaren.

Beräknad driftstart måste vara tidigast tre (3) månader och senast nio (9) månader efter det att det politiskt beslutande organet för vårdvalet, Utskottet för primärvård, psykiatri och tandvård, tar upp ansökan till prövning. Vid dessa sammanträden prövar Utskottet för primärvård, psykiatri och tandvård ansökningar som inkommit till Uppdragsgivaren inom sextio (60) dagar före datum för sammanträdet.

Datum enligt format XXXX-XX-XX

### Beräknad driftstart för Enheten fr.o.m:

Ja, vår klinik är upplagd i HSA-katalogen och önskar behörighet till Tandvårdsfönster

Nej, vår klinik är inte upplagd i HSA-katalogen, vi önskar hjälp med detta samt personliga SITHS-certifikat, för att få behörighet till Tandvårdsfönster

### Skriv ut, signera och skicka ansökan till:

Region Skåne  
Diariet  
291 89 Kristianstad

Märk kuvertet med:

Vid frågor kring ansökan, vänligen kontakta Vårdgivar-service  
[www.skane.se/vardgivar-service](http://www.skane.se/vardgivar-service)

Datum enligt format XXXX-XX-XX

Underskrift av Firmatecknare

Namnförtydligande

## Beskrivning av verksamhet

Kort beskrivning av hur uppdraget enligt nedanstående indelning skall fullgöras, inkluderande bifogande av kopia av eventuella underleverantörsavtal, undertecknade av båda parter.

<b>Beskrivning av verksamhet</b>	1. Hälsoinriktat arbetssätt
	2. Vårdåtagande
	3. Hälsofrämjande och förebyggande arbete
	4. Hälsoamtal
	5. Barn som far illa
	6. Samverkan
	7. Forskning och utveckling

Denna sida ska endast fyllas i om ansökan avser **ny** Leverantör/Vårdgivare.

Röda fält är obligatoriska.

<b>Underleverantörsavtal</b>	Namn på underleverantör	Besöksadress	Postnummer	Postadress
	Namn på underleverantör	Besöksadress	Postnummer	Postadress
	Namn på underleverantör	Besöksadress	Postnummer	Postadress
	Namn på underleverantör	Besöksadress	Postnummer	Postadress
	Namn på underleverantör	Besöksadress	Postnummer	Postadress

## Redovisning av bemanning och kompetens för att fullfölja uppdraget

Angi i tabellen antal personer och tjänstgöringsgrad för samtliga yrkeskategorier på Enheten

<b>Bemanning</b>	Antal personer	Yrkeskategori	Tjänstgöringsgrad
	Antal personer	Yrkeskategori	Tjänstgöringsgrad
	Antal personer	Yrkeskategori	Tjänstgöringsgrad
	Antal personer	Yrkeskategori	Tjänstgöringsgrad

## Övriga upplysningar

<b>Övrigt</b>	
---------------	--