

Ansökan om filial

Fyll gärna i blanketten på datorn. Fyll i blåmarkerade fält.
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 Psykoterapi Vårdcentral Ögonsjukvård

AVTALSPART/FÖRETAG		Avtalspartsnr eller Enhetsbeteckning
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
FILIAL		
Mottagningsnamn	Tel mottagning	Tel tidsbeställning
Gatuadress	Postnummer	Postadress
Funktionsbrevlåda/e-post till verksamhetschefen		Fr.o.m. datum

Beskrivning av filialens vårdinnehåll, bemanning, lokalisering, lokaler och tillgänglighet.

Datum _____

Underskrift verksamhetschef _____

Namnförtydligande verksamhetschef _____

Ansökan om filial ska vara uppdragsgivaren tillhanda senast 60 dagar innan planerat startdatum.
Verksamheten får starta när uppdragsgivaren verifierat och godkänt filialen.

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

Verifikationsbesök datum
Godkänd att starta datum

Underskrift uppdragsgivaren: _____

Namnförtydligande uppdragsgivaren: _____