



Ansökan om Filial

Reviderat: 2025-09-12

Blanketten ska vara datorifylld med handskriven signatur.

Har du frågor kontakta Vårdgivarsservice på telefonnummer 040-623 90 00 eller via formulär på <https://vardgivare.skane.se/supportsidor/vardgivarsservice/>.

Välj vårdval ansökan avser:

Avtalspart (företag)

Företagsnamn:

Avtalsparts-ID:

Organisationsnummer (tio siffror):

Namn på huvudenhet:

Utdelningsadress:

Postnummer och ort:

E-postadress:

Verksamhetschef

För- och efternamn:

Telefonnummer:

E-postadress:

Filial

Observera att Region Skånes namnstandard ska följas.

Namn på filial:

Telefonnummer:

Gatuadress:

Postnummer och ort:

Planerat startdatum (åååå-mm-dd):

Beskriv filialens vårdutbud:

Redovisa filialens bemanning (vårdgivarkategori och tjänstgöringsgrad):

Beskriv lokalerna övergripande inklusive fysisk tillgänglighet:

Redovisa filialens öppettider samt digital tillgänglighet:

Kompletterande uppgifter

Gäller ej Psykoterapi.

- ☐ Filial uppfyller kraven för geografisk ersättning (se respektive Förfrågningsunderlag).
- ☐ Bifoga ifylld och signerad medicinteknisk utrustningslista.
- ☐ Bifoga ifylld kravlista gällande fysisk tillgänglighet avseende lokaler.

Information på 1177.se

- ☐ Kopia på blankett avseende uppgifter att visa på 1177 Vårdguiden bifogas (ska också skickas in digitalt till angiven e-postadress på blankett). Se länk:
<https://vardgivare.skane.se/siteassets/2.-patientadministration/e-tjanster1177.se/hitta-var-d-pa-1177.se/1177-uppgifter-att-visa.pdf>

Underskrift verksamhetschef/förvaltningschef

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Ansökan ska vara Uppdragsgivaren tillhanda 60 dagar före beräknat startdatum.
Ändringen börjar alltid gälla första vardagen i en kalendermånad efter komplett och
av Uppdragsgivaren godkänd ansökan.

Skickas till: Region Skåne, 291 89 Kristianstad

Ifylls av Region Skåne:

Godkänt startdatum från och med (åååå-mm-dd):

Underskrift Region Skåne

Datum

Underskrift

Namnförtydligande