

Ansökan om filial

Fyll gärna i blanketten på datorn. 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	Ort	
E-postadress till funktionsbrevlåda		Avtalsdiarienum (fylls i av REGION SKÅNE)	
Namn på Verksamhetschef	Telefonnummer till verksamhetschef	E-postadress till verksamhetschef	
Namn på huvudenheten			
FILIAL			
Namn på filial	Tel mottagning	Tel tidsbeställning	
Gatuadress	Postnummer	Ort	
Planerat startdatum			

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

Datum _____ Underskrift verksamhetschef _____ Namnförtydligande verksamhetschef _____

Verifikationsbesök datum	Godkänt startdatum
--------------------------	--------------------

Datum _____ Underskrift uppdragsgivare _____ Namnförtydligande uppdragsgivaren _____

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

Skickas till: **Region Skåne, 291 89 Kristianstad**

Avdelningen för Hälso-och sjukvårdsstyrning, Region Skåne
Reviderad 2021-12-07