

Ansökan om filial



Fyll gärna i blanketten med hjälp av 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 Ögonsjukvård
 Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) Psykoterapi Vårdcentral

Avtalspart		Avtalspart eller Enhetsbeteckning i PASIS	
Företagets/personens fullständiga namn		Organisationsnummer (tio siffror)	
Utdelningsadress		Postnummer	Ort
e-postadress till funktionsbrevlåda		Avtalsdiarienummer (ifylles av Region Skåne)	
Namn på verksamhetschef		Telefonnummer till verksamhetschef	E-postadress till verksamhetschef
Namn på huvudenheten			
Filial			
Namn på filial		Telefonnummer till filial	Telefonnummer tidsbeställning
Gatuadress		Postnummer	Ort
Planerat startdatum			

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

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**

Datum	Underskrift verksamhetschef eller förvaltningschef	Namnförtydligande verksamhetschef eller förvaltningschef
<hr/>		
Verifikationsbesök datum	Godkänt startdatum	

Datum Underskrift uppdragsgivare Namnförtydligande uppdragsgivaren