



Ansökan om Geografisk ersättning Psykoterapi

Reviderat: 2026-01-23

Diarienummer:

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/>.

Avtalspart (företag)

Företagsnamn:

Avtalspart-ID:

Organisationsnummer (tio siffror):

Namn på huvudenhet:

Utdelningsadress:

Postnummer och ort:

E-postadress:

Verksamhetschef

För- och efternamn:

Telefonnummer:

E-postadress:

Kompletterande uppgifter

- ☐ Uppfyller kraven för geografisk ersättning (se Förfrågningsunderlag).

Underskrift verksamhetschef/förvaltningschef

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------

Ansökan gäller från inkommet datum och under innevarande kalenderår. Kontroll görs efter respektive månad för att se så att kraven uppfylls. Utbetalning sker inte retroaktivt.

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
-------	-------------	-------------------