

## Ansökan om partiellt listningstak

Datum ska skrivas i formatet XXXX-XX-XX. Kryssrutorna kan markeras med musen.

Ansökan avser uppdrag enligt gällande Förfrågningsunderlag och Avtal för Barnmorskemottagning i Hälsöval Skåne.



### Uppgifter om Barnmorskemottagning

Ange Barnmorskemottagningens fullständiga namn		
Avtalspart eller enhetsbeteckning i PASIS		Organisationsnummer (tio siffror)
Adress	Postnummer	Ort
För- och efternamn på verksamhetschef		
Telefonnummer till verksamhetschef		E-postadress till verksamhetschef

Önskat startdatum för partiellt listningstak:	
---	--

### Bifoga dokument med beskrivning där det framgår:

- 1) er situation och skäl för ansökan om partiellt listningstak,
- 2) hur situationen påverkar patientsäkerheten eller arbetsmiljön,
- 3) hur länge det partiella listningstaket behöver pågå,
- 4) en handlingsplan för hur situationen ska lösas på kort och på lång sikt,
- 5) finns det andra Barnmorskemottagningar i närområdet som kan omhänderta invånarnas önskemål om listning under tiden ni har partiellt listningstak,
- 6) för Barnmorskemottagningar inom egen regi bifogas beslut om partiellt listningstak från Primärvårdsnämnden.

---

Datum	Underskrift verksamhetschef eller förvaltningschef	Namnförtydligande verksamhetschef eller förvaltningschef
-------	--	--

Ansökan ska vara Uppdragsgivaren tillhanda 90 dagar före beräknat startdatum. Beslut fattas av Primärvårdsnämnden. Vid godkänd ansökan börjar beslutet gälla första vardagen i en kalendermånad.

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