

Ansökan om samarbetsavtal för fysioterapeut eller sjukgymnast verksam enligt LOF

Fyll i blanketten med hjälp av datorn. Datum ska skrivas i formatet XXXX-XX-XX.
Kryssrutorna kan markeras med musen.



Ansökan avser uppdrag enligt LOV Vårdcentral (VC).

Ansökan avser parter:

Uppgifter om Vårdcentralen.

Ange enhetens 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

Uppgifter om fysioterapeut eller sjukgymnast verksam enligt LOF:

Ange fysioterapeut eller sjukgymnast namn	Organisationsnummer (tio siffror)	
Adress	Postnummer	Ort
För- och efternamn på verksamhetschef	Telefonnummer till verksamhetschef	E-postadress till verksamhetschef

Uppgifter om mottagning där besök kommer att ske:

Ange mottagningsnamn		
Besöksadress	Postnummer	Ort

Avtalstid

Ange avtalets önskade startdatum och avslutsdatum. Om avtalet gäller en begränsad tid är det beställaren och leverantörens ansvar att skicka in uppgifter om eventuell förlängning eller nytt avtal.

Planerat startdatum för samarbetsavtal	Avslutsdatum för samarbetsavtal
Om avtalet är löpande ange hur lång uppsägningstid som gäller för parterna.	

Avtalsområde – Beskrivning av uppdraget, omfattning och bemanning.

Leverantören och fysioterapeut eller sjukgymnast är införstådda med de krav och ansvar som anges i enlighet med "Förfrågningsunderlag och avtal" avsnitt 12.11.

Datum	Underskrift verksamhetschef vårdcentral	Namnförtydligande verksamhetschef vårdcentral
-------	-----------------------------------------	-----------------------------------------------

Datum	Underskrift fysioterapeut eller sjukgymnast	Namnförtydligande fysioterapeut eller sjukgymnast
-------	---------------------------------------------	---------------------------------------------------

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

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

Godkänt startdatum för samverkansavtal

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