



Ansökan tilläggsuppdrag Sexologisk mottagning

Reviderat: 2026-01-30

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/>.

Allmän information

Namn på sökande Barnmorskemottagning:

Avtalspart eller enhetsbeteckning (ex. XXXX):

Namn på verksamhetschef:

E-postadress till verksamhetschef:

RS-id:

Planerat startdatum:

Krav för godkännande

Bemanning

Namn given sexolog:

Personnummer:

E-postadress till sexolog:

RS-id:

Ska bifogas

- ☐ Kursintyg: sexologutbildning, 60 poäng

Är läkaren som ska utföra tilläggsuppdraget underleverantör?
(Om ja skicka in separat ansökan för underleverantör).

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Villkor

- ☐ Sökande bekräftar härmed att läkaren ska utföra uppdraget i BMM:s egna lokaler.

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.

Underskrift verksamhetschef eller förvaltningschef (egen regi)

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

Godkänt startdatum:

Underskrift Region Skåne

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