

Ansökan SESAM

SESAM

SESAM + sexologimottagning

Sökande barnmorskemottagning		
Verksamhetschef	Personnummer	RS ID nr
Epostadress		
Sökande hudmottagning		
Verksamhetschef	Personnummer	RS ID nr
E-postadress		
Planerat datum för start av mottagning		

KRAV FÖR GODKÄNNANDE

Namngiven Venerolog/infektionsläkare	Personnummer	RS ID nr
--------------------------------------	--------------	----------

om ansökan avser SESAM + sexologmottagning

Namngiven sexolog	Personnummer	RS ID nr
E-postadress		

Bifoga Lokalt samverkansavtal

Ort	Datum
-----	-------

Underskrift verksamhetschef BMM

Underskrift verksamhetschef Hudmottagning

Verifikationsbesök datum
Godkänd att starta datum

För uppdragsgivaren: _____

Ska bifogas: Lokalt samverkansavtal, kopia på specialistbevis, *om SESAM + Sexologmottagning även*, intyg på sexologutbildning

Skickas till: **Diariet, Rådhus Skåne, 291 89 Kristianstad**