

Ansökan SESAM



Ansökan enligt Förfrågningsunderlag och Avtal för Barnmorskemottagning (BMM) i Region Skåne.

SESAM

SESAM + sexologimottagning

<u>Namn på SESAM-mottagning och adress</u>		
<u>Sökande barnmorskemottagning</u>		<u>Avtalspart eller enhetsbeteckning</u>
<u>Namn på verksamhetschef BMM</u>	<u>E-postadress till verksamhetschef BMM</u>	<u>RS-id</u>
<u>Sökande hudmottagning</u>		<u>Avtalspart eller enhetsbeteckning</u>
<u>Namn på verksamhetschef HUD</u>	<u>E-postadress till verksamhetschef HUD</u>	<u>RS-id</u>
<u>Namngiven Venerolog eller infektionsläkare</u>	<u>Personnummer</u>	<u>RS-id</u>
<u>Planerat startdatum</u>		

om ansökan avser SESAM + sexologmottagning

<u>Namngiven sexolog</u>	<u>Personnummer</u>	<u>RS-is</u>
--------------------------	---------------------	--------------

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

Datum	Underskrift verksamhetschef HUD	Namnförtydligande verksamhetschef HUD
-------	---------------------------------	---------------------------------------

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

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

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

<u>Verifikationsbesök datum</u>	<u>Godkänt startdatum</u>
---------------------------------	---------------------------

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