

Ansökan om tillfällig flytt av verksamhet Barnmorskemottagning

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, Barnmorskemottagning (BMM). BMM kan ansöka om tillfällig flytt under perioden 1 juni 31 augusti.

OBS! Gäller ej enheter som ingår i familjecentral.



Ansökan avser parter:

Uppgifter om Leverantör (Huvudenhet):

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

Enheten som ska flytta är: Huvudenhet Filial*

*Uppgifter om filialen:

Ange filialens namn		Ange filialens mottagningsbegrepp	
Filialens mottagningsadress	Postnummer	Ort	

Uppgifter om mottagningen som verksamheten flyttas till:

Ange mottagningens namn		Avtalspart eller enhetsbeteckning i PASIS	
Organisationsnummer (tio siffror)			
Mottagningsadress	Postnummer	Ort	

Ange datum för sommarflytt

Startdatum – slutdatum

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

Ansökan ska vara Uppdragsgivaren tillhanda senast 30 april.

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

Godkänd period för tillfällig flytt av verksamhet

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