

### Underlag för behörighet till Tandvårdsfönster för Vårdgivare/Leverantör

Blanketten ska fyllas i med hjälp av datorn

|            |   |  |                     |              |  |
|------------|---|--|---------------------|--------------|--|
| LEVERANTÖR | Leverantörens namn                          |  | Organisationsnummer |              |  |
|            | Adress                                      |  | Postnummer          | Postadress   |  |
|            | Telefonnummer                               |  | Bankgiro/Plusgiro   |              |  |
|            | E-postadress                                |  | Hemsida             |              |  |
|            | Kontaktperson (om annan än verksamhetschef) |  | Telefonnummer       | E-postadress |  |

En ansökningsblankett ska fyllas i för varje Enhet som önskar behörighet!

|       |                 |  |                             |            |  |
|-------|-----------------|--|-----------------------------|------------|--|
| ENHET | Namn på Enhet   |  | Telefonnummer för patienter |            |  |
|       | Besöksadress    |  | Postnummer                  | Postadress |  |
|       | E-postadress    |  | Hemsida                     |            |  |
|       | Verksamhetschef |  | Personnummer                |            |  |
|       | Telefonnummer   |  | E-postadress                |            |  |

Ansökan avser:

- Allmän tandvård för barn och unga vuxna
- Specialiserad tandvård för barn och unga vuxna
- Vuxentandvård

Specialistbehörig tandläkare verksam vi ovan nämnda Enhet

Ja      Nej

Ja, vår klinik är upplagd i HSA-katalogen och önskar behörighet till Tandvårdsfönster

Nej, vår klinik är inte upplagd i HSA-katalogen, vi önskar hjälp med detta samt personliga SITHS-certifikat, för att få behörighet till Tandvårdsfönster

Härmed intygar jag att ovanstående uppgifter är korrekta. Jag förbinder mig att meddela eventuella förändringar (t ex att medarbetare slutar sin anställning) till Enheten för tandvårdsstyrning.

Datum enligt format XXXX-XX-XX

Underskrift av Firmatecknare

Namnförtydligande

Ifylles av Region Skåne GSF

|                |  |
|----------------|--|
| Leverantörs-ID |  |
| Motpart        |  |

Blanketten skickas till:

**Region Skåne**  
**GSF Vårdekonomi, Vårdgivarservice**  
**Byggnad 203, Medicon Village**  
**223 81 Lund**