

ANMÄLAN om start av vårdverksamhet



Fyll gärna i blanketten med hjälp av datorn. Fyll i markerade blåmarkerade fält.
Datum ska skrivas iformatet XXXX-XX-XX. Kryssrutorna kan markeras med musen.

Anmälan avser:

Vårdavtal enligt LOU, Specialitet:

Samverkansavtal enligt LOL/LOF, Specialitet:

Uppdrag enligt LOV: Barnmorskemottagning (BMM) Barnvårdscentral (BVC)

Grå starr Hud Läkemedelsbehandlad rehabilitering vid opioidberoende (LARO)

Multimodal smärtbehandling (MMS) Psykoterapi Vårdcentral Ögonsjukvård

AVTALSPART

Företagets/personens fullständiga namn		Organisationsnr/Personnr	
Utdelningsadress		Postnummer	Postadress
E-postadress till funktionsbrevlåda		Avtalets diariernr (ifylles av Region Skåne)	
Kontaktperson		Tel nr kontaktperson	Tel nr mobil kontaktperson
Tel nr växel	Fax	E-postadress	Hemsida

BETALNINGSMOTTAGARE

Betalmottagare (om annan än ovan)		Organisationsnr (om annan än ovan)	
Utdelningsadress (om annan än ovan)		Postnummer	Postadress
Tel nr (om annan än ovan)	Fax (om annan än ovan)	E-postadress (om annan än ovan)	Hemsida (om annan än ovan)
Betaling till <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Bankkonto		Pg/Bg/Konto nr (inkl clearingnummer vid utbetalning till bankkonto)	
<input type="checkbox"/> Kopia av betalningsmottagarens F-skattebevis bifogas <input type="checkbox"/> Bevis på vem ovanstående konto tillhör bifogas			
Relation mellan avtalspart och betalningsmottagare (om annan betalningsmottagare än avtalsparten)			
Ev meddelande till betalningsmottagare vid utbetalning			

Vi kommer att leverera fakturaunderlag (vårdkontakterna) genom användandet av

Annat Privakompatibelt system, nämligen:

MOTTAGNING

Mottagningsnamn		Beräknad verksamhetsstart (datum)	
Gatuadress		Postnummer	Postadress
Tel mottagning	Tel tidsbeställning	Fax	E-postadress
Verksamhetschef (namn och kontaktuppgifter)			Mottagningen är ansluten till Region Skånes internpostsystem <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

KONTAKTPERSON FÖR IT-FRÅGOR

Namn	Personnummer	Tel nr till kontaktperson
E-postadress		

LOKALT IT-ANSVARIGA (anges endast för de system som avtalats) (EJ aktuellt för LOL och LOF)

Lokalt ansvarig 1 för PASIS	Personnummer	Tel nr kontaktperson
Lokalt ansvarig 2 för PASIS	Personnummer	Tel nr kontaktperson
Lokalt ansvarig 1 för Skånekatalogen	Personnummer	Tel nr kontaktperson
Lokalt ansvarig 2 för Skånekatalogen	Personnummer	Tel nr kontaktperson
Lokalt ansvarig 1 för LISSY	Personnummer	Tel nr kontaktperson
Lokalt ansvarig 2 för LISSY	Personnummer	Tel nr kontaktperson
Lokalt ansvarig 1 för annat system (ange vilket system)	Personnummer	Tel nr kontaktperson
Lokalt ansvarig 2 för annat system (ange vilket system)	Personnummer	Tel nr kontaktperson

VÅRDGIVARE SOM SKA REGISTRERAS I PRIVA (EJ aktuellt för LOV)

Namn	Personnummer	Vårdgivarkategori	Vårdg ID
Namn	Personnummer	Vårdgivarkategori	Vårdg ID

KONTAKTPERSONER FÖR MINA VÅRDKONTAKTER (EJ aktuellt för LOL och LOF)

Namn	Personnr
E-postadress	
Namn	Personnr
E-postadress	

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

.....
Datum.....
Underskrift av behörig firmatecknare hos avtalsparten

Namnförtydligande

Har du några frågor, kontakta Vårdgivarservice: 040-623 90 00 eller
Kontaktformulär: www.skane.se/vardgivarservice

**Undertecknad blankett jämte bilagor (F-skattebevis och bevis om konto) skickas
senast **10 veckor** före beräknad avtalsstart till:
Region Skåne, Regionservice, GSF Vårdekonomi, Vårdgivarservice, Medicon Village,
Byggnad 203, 223 81 Lund**