

## ANMÄLAN om start av vårdverksamhet



Fyll gärna i blanketten med hjälp av datorn. Datum ska skrivas i formatet 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  Ögonsjukvård

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)  Psykoterapi  Vårdcentral

### AVTALSPART

Företagets/personens fullständiga namn		Organisationsnr/Personnr (tio siffror)
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-postadress till funktionsbrevlåda	Avtalets diariernr (ifylles av Region Skåne)	
Namn på verksamhetschef	Telefonnummer till verksamhetschef	E-postadress till verksamhetschef
Tel nr växel	Fax	Hemsida

### BETALNINGSMOTTAGARE

Betalmottagare (om annan än ovan)		Organisationsnr (om annan än ovan)
Utdelningsadress (om annan än ovan)	Postnummer	Ort
Tel nr (om annan än ovan)	Fax (om annan än ovan)	E-postadress (om annan än ovan)
Hemsida (om annan än ovan)		
Betalning till: <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro	Plusgiro/Bankgironummer:	
<input type="checkbox"/> Kopia av betalningsmottagarens F-skattebevis bifogas <input type="checkbox"/> Bevis på vem ovanstående konto tillhör bifogas <input type="checkbox"/> Kopia på blankett avseende Uppgifter att visa på 1177 Vårdguiden bifogas (ska också skicka in digitalt till angiven mejladress på blankett)		
Relation mellan avtalspart och betalningsmottagare (om annan betalningsmottagare än avtalsparten)		
Ev meddelande till betalningsmottagare vid utbetalning		

Vi kommer att leverera fakturaunderlag (vårdkontaktarna) genom användandet av:

Annat Privakompatibelt system:

### MOTTAGNING

Mottagningsnamn		Beräknad verksamhetsstart (datum)
Gatuadress	Postnummer	Ort
Tel mottagning	Tel tidsbeställning	Fax
E-postadress		
Namn på kontaktperson	E-postadress till kontaktperson	Telefonnummer till kontaktperson
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	Telefonnummer
Lokalt ansvarig 2 för PASiS	Personnummer	Telefonnummer
Lokalt ansvarig 1 för Skånekatalogen (avser offentlig regi)	Personnummer	Telefonnummer
Lokalt ansvarig 2 för Skånekatalogen (avser offentlig regi)	Personnummer	Telefonnummer
Extern katalogadministratör 1 för Skånekatalogen (avser privat leverantör)	Personnummer	Telefonnummer
Extern katalogadministratör 2 för Skånekatalogen (avser privat leverantör)	Personnummer	Telefonnummer
Lokalt ansvarig 1 för LISSY	Personnummer	Telefonnummer
Lokalt ansvarig 2 för LISSY	Personnummer	Telefonnummer
Lokalt ansvarig 1 för annat system (ange vilket system)	Personnummer	Telefonnummer
Lokalt ansvarig 2 för annat system (ange vilket system)	Personnummer	Telefonnummer

#### 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	Personnummer
E-postadress	
Namn	Personnummer
E-postadress	

#### ÖVRIGA UPPLYSNINGAR


Datum

Underskrift behörig firmatecknare

Namnförtydligande behörig firmatecknare

Har du frågor kontakta Vårdgivarservice: 040-623 90 00 eller på  
<https://vardgivare.skane.se/supportsidor/vardgivarservice/>

**Undertecknad blankett och bilagor (F-skattebevis och bevis om konto) ska vara  
 Uppdragsgivare tillhanda **10 veckor** före beräknad avtalsstart.**

**Skickas till: Region Skåne, Regionservice, Gemensam servicefunktion,  
 Vårdgivarservice, Medicon Village, Byggnad 203, 223 81 Lund**