



Ansökan om Uppsägning av avtal Audionommottagning

Reviderat: 2025-06-19

Diarienummer:

Blanketten ska vara datorifylld med handskriven signatur. Uppsägning avser Vårdavtal enligt lag (2008:962) om valfrihetssystem för Audionommottagning.

Har du frågor kontakta Vårdgivarsservice på telefonnummer 040-623 90 00 eller via formulär på <https://vardgivare.skane.se/supportsidor/vardgivarsservice/>.

Uppsägningens omfattning:

- ☐ Hela avtalet
- ☐ Del av avtalet*

Specificera del av avtalet som ska sägas upp

*Lämna rutan tom om uppsägningen avser hela avtalet.

Tilläggsuppdrag:

Filial:

Underleverantörsavtal:

Allmänna uppgifter avtalspart (företag)

Företagets namn:

Organisationsnummer:

Utdelningsadress:

Postnummer och ort:

Firmatecknare eller verksamhetschef

För- och efternamn:

Telefonnummer:

E-postadress:

Datum för avslut

Ange beräknat slutdatum för avtalet (åååå-mm-dd):

Övriga upplysningar:

Underskrift behörig firmatecknare

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Skickas till: Region Skåne, 291 89 Kristianstad

Datum för avslut (fylls i av Region Skåne):

Godkänt datum för avslut (åååå-mm-dd):

Datum för driftstopp (åååå-mm-dd):

Underskrift Region Skåne

Datum

Underskrift

Namnförtydligande