

UPPSÄGNING av avtal med Region Skåne

För att underlätta hantering och undvika fel - fyll i med datorn

Uppsägning avser: Vårdavtal enligt LOV, allmän tandvård för barn och unga Vårdavtal enligt LOV, specialiserad tandvård för barn och unga vuxna
--

AVTALSPART

LEVERANTÖR	Leverantörens juridiska namn	Organisationsnummer	
	Adress	Postnummer	Postadress
	E-postadress		
	Kontaktperson (om annan än verksamhetschef)	Telefonnummer	E-postadress

ENHET	Namn på Enhet	Datum önskat avslut (minst 6 mån)	
	Besöksadress	Postnummer	Postadress
	Orsak till uppsägning	Hemsida	
	OBS! Om du upphör som vårdgivare måste din anslutning till tandvårdsfönster också sägas upp		

_____ Datum enligt format XXXX-XX-XX

_____ Underskrift av Avtalsansvarig/Juridisk person

_____ Namnförtydligande

**Undertecknad blankett skickas till:
Region Skåne, Diariet, 291 89 Kristianstad**