

UPPSÄGNING av avtal med Region Skåne

Fyll gärna i blanketten med hjälp av datorn. Datum ska skrivas i formatet XXXX-XX-XX.



Anmälan avser uppdrag enligt LOV:

Audionommottagning - grundläggande hörselrehabilitering

AVTALSPART / FÖRETAGET

Avtalsparts ID eller Enhetsbeteckning

Företagets/personens fullständiga namn

Organisationsnr / Personnr (10 siffror)

Utdelningsadress

Postnummer

Postadress

E-postadress till funktionsbrevlåda

Avtalets diariernr (fylls i av Region Skåne)

Kontaktperson/Verksamhetschef

Tel kontaktperson/Verksamhetschef

E-postadress till kontaktperson

MOTTAGNING / ENHET

Mottagning/enhets namn

Datum för avslut (fylls i av Region Skåne)

Gatuadress

Postnummer

Postadress

Du ansvarar själv för att eventuella frikort returneras

Övrigt

.....
Datum

.....
Underskrift av behörig firmatecknare hos avtalsparten

Namnförtydligande

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

Region Skånes anteckningar

.....
Datum

.....
Underskrift strateg Region Skåne