

UPPSÄGNING av avtal med Region Skåne



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

Uppsägning avser:

- Vårdavtal enligt LOU Specialitet:
 Samverkansavtal enligt LOL/LOF Specialitet:
 Vårdavtal enligt LOV Hälso- och vårdval (ex BVC, Grå starr):

AVTALSPART/FÖRETAGET		Avtalsparts ID eller Enhetsbeteckning
Företagets/personens fullständiga namn		Organisationsnr / Personnr (10 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
E-postadress till funktionsbrevlåda	Avtalsdiarienum (fills i av Region Skåne)	
Firmatecknare/Verksamhetschef	Tel firmatecknare/Verksamhetschef	E-postadress till firmatecknare/verksamhetschef

MOTTAGNING/ENHET

Mottagning/enhets namn		Antal förtecknade medborgare *
Gatuadress	Postnummer	Ort
Om det är t.ex. ett tilläggsuppdrag, underleverantörsavtal, samarbetsavtal ni vill avsluta, ange vilket		Beräknat datum för avslut
Om ni ska avsluta en behandlingsform inom Vårdval psykoterapi, vilken/vilka <input type="checkbox"/> KBT <input type="checkbox"/> IPT <input type="checkbox"/> PDT		Datum för avslut (fills i av Region Skåne)

Övriga upplysningar

Du ansvarar själv för att koder stängs och att frikort returneras.

*Antal förtecknade medborgare fylls i av Vårdcentral, Barnvårdscentral, Barnmorskemottagning och LARO inskrivna patienter.

Datum	Underskrift behörig firmatecknare	Namnförtydligande behörig firmatecknare
-------	-----------------------------------	---

Datum	Underskrift uppdragsgivare	Namnförtydligande uppdragsgivaren
-------	----------------------------	-----------------------------------

Skickas till: **Region Skåne, 291 89 Kristianstad**