

## 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 psykiatri, 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, Barnvårdcentral, Barnmorskemottagning och LARO inskrivna patienter.

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

\_\_\_\_\_  
Datum                      Underskrift behörig firmatecknare                      Namnförtydligande behörig firmatecknare

\_\_\_\_\_  
Datum                      Underskrift uppdragsgivare                      Namnförtydligande uppdragsgivaren