

UPPSÄGNING av avtal med Region Skåne

Fyll gärna i blanketten med hjälp av datorn. Datum ska skrivas i formatet ÅÅÅÅ-MM-DD.

Anmälan avser uppdrag enligt LOV:

Audionommottagning – grundläggande hörselrehabilitering

AVTALSPART/FÖRETAGET

Företagets/personens fullständiga namn		Avtalsparts-ID eller enhetsbeteckning
Utdelningsadress		Organisationsnr / Personnr (10 siffror)
Postnummer	Postort	Avtalets diarienummer (fylls i av Region Skåne)
Kontaktperson/Verksamhetschef		Tel kontaktperson/verksamhetschef
E-postadress till kontaktperson		E-postadress till funktionsbrevlåda

MOTTAGNING/ENHET

Mottagning/enhets namn		Datum för avslut (fylls i av Region Skåne)
Gatuadress	Postnummer	Postort

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