



Ansökan om Uppsägning av avtal enligt LOL eller LOF

Reviderat: 2025-07-03

Diarienummer:

Blanketten ska vara datorifylld med handskriven signatur. Uppsägning avser Vårdavtal enligt lag (1993:1651) om ersättning för fysioterapi (LOF) eller läkarvårdsersättning (LOL).

Har du frågor kontakta Vårdgivarsservice på telefonnummer 040-623 90 00 eller via formulär på <https://vardgivare.skane.se/supportsidor/vardgivarsservice/>.

Allmänna uppgifter avtalspart

Avtalspart-ID:

Personens fullständiga namn:

Personnummer:

Utdelningsadress:

Postnummer och ort:

E-post till etableringsinnehavare:

Telefonnummer till etableringsinnehavare:

Datum för avslut

Beräknat datum för avslut (åååå-mm-dd):

Övriga upplysningar:

Underskrift avtalspart

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Skickas till: Region Skåne, 291 89 Kristianstad

Datum för avslut (fylls i av Region Skåne)

Godkänt datum för avslut (åååå-mm-dd):

Underskrift Region Skåne

Datum

Underskrift

Namnförtydligande