



Uppsägning av avtal Tillfälligt vårdval Logopedi

Reviderat: 2025-01-24

Diarienummer:

Blanketten ska vara datorifylld, handskrivna blankett returneras. Uppsägning avser vårdavtal enligt lag (2008:962) om valfrihetssystem för Tillfälligt vårdval Logopedi.

Uppsägningens omfattning:

- Hela avtalet
- Del av avtalet*

*Specificera del av avtalet som ska sägas upp

Lämna rutan tom om uppsägningen avser hela avtalet.

Tilläggsuppdrag:

Filial:

Underleverantörsavtal:

Allmänna uppgifter avtalspart/företag

Företagets/personens fullständiga namn:

Organisationsnummer/personnummer:

Avtalspart-ID:

Utdelningsadress:

Postnummer:

Ort:

E-postadress till funktionsbrevlåda:

Firmatecknare eller verksamhetschef

För- och efternamn:

Telefonnummer:

E-postadress:

Mottagning (besöksadress för patienter)

Namn på mottagning:

Gatuadress:

Postnummer:

Ort:

Datum för avslut:

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

Övriga upplysningar:

Underskrift behörig firmatecknare

Datum (åååå-mm-dd)

Underskrift

Namnförtydligande

Datum för avslut (fylls i av uppdragsgivare):

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

Underskrift uppdragsgivare

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

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

Uppsägningsblankett skickas till:

Skickas till: Region Skåne, 291 89 Kristianstad