

Ansökan Mottagning Unga Vuxna



Namn på sökande vårdcentral		Avtalspart eller enhetsbeteckning	
Namn på verksamhetschef	E-postadress till verksamhetschef	RS-id	
Planerat startdatum			

KRAV FÖR GODKÄNNANDE

Bemanning

Namngiven legitimerad psykolog eller psykoterapeut	Personnummer	RS-id
Namngiven legitimerad läkare specialist i psykiatri	Personnummer	RS-id
Samarbetsöverenskommelser har tecknats med följande kommun eller kommuner		
Metodik för färdighetsträning		
Dokumenterat samarbete med utförare av friskvård samt utförare av friskvård		
Samarbetsöverenskommelse har tecknats med följande parter		
<input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen <input type="checkbox"/> Försäkringskassan <input type="checkbox"/> Idéburen sektor		
Ange namnet på huvudenheten om det är annan enhet än sökande		

Datum	Underskrift verksamhetschef eller förvaltningschef	Namnförtydligande verksamhetschef eller förvaltningschef
-------	--	--

Ska bifogas: Kopia på specialistbevis samt samarbetsöverenskommelse.

Ansökan ska vara Uppdragsgivaren tillhanda 60 dagar före beräknat startdatum. Avtalet börjat alltid gälla första vardagen i en kalendermånad efter komplett och av Uppdragsgivaren godkänd ansökan.

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

Verifikationsbesök datum	Godkänt startdatum

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