

Ansökan Sexologisk mottagning



Ansökan enligt Förfrågningsunderlag och Avtal för Barnmorskemottagning i Region Skåne.

<u>Sökande barnmorskemottagning</u>		<u>Avtalspart eller enhetsbeteckning</u>	
<u>Verksamhetschef</u>	<u>E-postadress till verksamhetschef</u>	<u>RS-id</u>	
<u>Planterat startdatum</u>			

KRAV FÖR GODKÄNNANDE

Bemanning

<u>Namngiven sexolog</u>	<u>Personnummer (sexolog)</u>	<u>RS-id</u>
--------------------------	-------------------------------	--------------

Ska bifogas: Kursintyg: sexologutbildning, 60 poäng.

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

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

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

<u>Godkänt startdatum</u>

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