

Ansökan Öron-, näs- och halsmottagning på vårdcentral



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

KRAV FÖR GODKÄNNANDE

Bemanning

<u>Namngiven läkare, specialist inom öron-, näs- och halssjukdomar</u>	<u>Personnummer</u>
<u>E-postadress till specialist</u>	<u>RS-id</u>

Datum	Underskrift verksamhetschef	Namnförtydligande verksamhetschef
-------	-----------------------------	-----------------------------------

Ska bifogas: Kopia på specialistbevis.

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**

<u>Verifikationsbesök datum</u>	<u>Godkänt startdatum</u>
---------------------------------	---------------------------

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