

Ansökan Gynekologisk specialistmottagning på vårdcentral



Sökande vårdcentral		
Verksamhetschef	Personnummer	RS ID nr
E-postadress		
Planerat datum för start av mottagning		

KRAV FÖR GODKÄNNANDE

Bemanning

Namn given specialist i gynekologi/obstetrik	Personnummer	RS ID nr
E-postadress		

Ort	Datum
-----	-------

Underskrift verksamhetschef

Verifikationsbesök datum
Godkänd att starta datum

För uppdragsgivaren: _____

Ska bifogas: Kopia på specialistbevis

Skickas till: **Diariet, Rådhus Skåne, 291 89 Kristianstad**