

# Ansökan Gynekologisk specialistmottagning på vårdcentral



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

## KRAV FÖR GODKÄNNANDE

### Bemanning

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift verksamhetschef

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande verksamhetschef

Verifikationsbesök datum
Godkänd att starta datum

Underskrift uppdragsgivaren: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande uppdragsgivaren: \_\_\_\_\_

Ska bifogas: Kopia på specialistbevis

Skickas till: Diariet, Rådhus Skåne, 291 89 Kristianstad