

## Ansökan Öron-Näsa-Halsmottagning på vårdcentral

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

### KRAV FÖR GODKÄNNANDE

#### Bemanning

Namngiven specialist i ÖHN	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**