

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		

Datum

Underskrift verksamhetschef

Namnförtydligande verksamhetschef

Ska bifogas: Kopia på specialistbevis

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

Verifikationsbesök datum
Godkänd att starta datum

Underskrift uppdragsgivaren: _____

Namnförtydligande uppdragsgivaren: _____