

# Ansökan Öron-Näsa-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>Namn given specialist i Öron-Näsa-Hals</u>	<u>Personnummer</u>
<u>E-postadress till specialist i ÖNH</u>	<u>Planerat startdatum</u>

---

Datum                      Underskrift verksamhetschef                      Namnförtydligande verksamhetschef

### Ska bifogas: Kopia på specialistbevis.

---

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

---

Datum                      Underskrift uppdragsgivare                      Namnförtydligande uppdragsgivaren

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**