

ÄNDRINGSANMÄLAN

Fyll gärna i blanketten digitalt. Fyll i aktuella fält och kryssrutor.
Datum ska skrivas i formatet XXXX-XX-XX.



Anmälan avser uppdrag enligt LOV: Audionommottagning

AVTALSPART - FÖRETAG

Företagets/personens fullständiga namn		Organisationsnr./personnr. (tio siffror)
Utdelningsadress	Postnummer	Postadress
E-postadress till funktionsbrevlåda	Avtalets diarienummer (fylls i av Region Skåne RS)	
Kontaktperson	Telefon kontaktperson	E-postadress kontaktperson

MOTTAGNING - VÅRDENHET

Mottagningsnamn	Telefon mottagning	
Gatuadress	Postnr.	Postadress

NY VERKSAMHETSCHEF Enligt Förfrågningsunderlag 5.6.1

Namn	Personnummer	
E-postadress	Telefon	Ändring från datum

NY KATALOGADMINISTRATÖR SKÅNEKATALOGEN Enligt Förfrågningsunderlag 7.11.3 samt 7.10.4.1.14

Namn	Personnummer eller RSID	
E-postadress	Telefon	
Ersätter tidigare katalogadministratör namn	Ändring gäller från datum	

NY IT- KONTAKTPERSON FÖR BEHÖRIGHETER Enligt Förfrågningsunderlag 7.10.2 och 7.11.3

Namn	Personnummer eller RSID	
E-postadress	Telefon	
Ersätter tidigare IT-beställare namn	Ändring gäller från datum	

NY MOTTAGNINGSDRESS Enligt Förfrågningsunderlag 5.1

Mottagningsnamn	Telefon mottagning	Ändringsdatum
Gatuadress	Postnummer	Postadress

NYTT MOTTAGNINGSNAMN Enligt Förfrågningsunderlag 5.1

Mottagningsnamn	Ändringsdatum
-----------------	---------------

Ändring kring öppettider, telefontider m.m. som ska visas på 1177.se sänds in via [Uppgifter till Hitta och Jämför Vård - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#) senast två veckor innan ändring ska gälla.

Ändring av personliga behörigheter och licenser hanteras enligt Rutin IT-beställningar på [LOV - hälso- och vårdval - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

Datum

.....
Underskrift av behörig firmatecknare hos avtalsparten

Namnförtydligande

Har du några frågor, kontakta Vårdgivar-service på 040-623 900 00 eller via <https://skane.se/vardgivar-service>

Undertecknad blankett ska vara Uppdragsgivaren tillhanda senast 30 eller 60 dagar innan ändring beroende på ändring.

Skickas till: **Region Skåne**
229 89 Kristianstad

Fylls i av Region Skåne

Godkänt nytt mottagningsnamn att gälla från

Godkänt ny mottagningsadress att gälla från

Verifikationsbesök datum

Datum

Underskrift av uppdragsgivaren

Namnförtydligande uppdragsgivaren