

ÄNDRINGSANMÄLAN

Fyll gärna i blanketten med hjälp av datorn. Fyll i blåmarkerade fält.
Datum ska skrivas i formatet XXXX-XX-XX. Kryssrutorna kan markeras med musen.



Anmälan avser:

Vårdavtal enligt LOU, Specialitet:

AVTALSPART		Avtalspartsnr eller Enhetsbeteckning	
Företagets/personens fullständiga namn		Organisationsnr/Personnr	
Utdelningsadress	Postnummer	Postadress	
E-postadress till funktionsbrevlåda	Avtalets diariernr (ifylls av Region Skåne)		
Kontaktperson	Tel nr kontaktperson	E-postadress till kontaktperson	

NY MOTTAGNINGSDRESS FILIAL

Mottagningsnamn	Fr o m datum	Tel mottagning	Tel tidsbeställning
Gatuadress	Postnummer	Postadress	
Övriga upplysningar			

NY VERKSAMHETSCHEF

Namn	Telefonnummer
E-postadress	Fr o m datum

NY BEHANDLARE AVSLUTA BEHANDLARE

Namn	Kompetens
Till ansökan för ny behandlare bifogas legitimationsbevis/utbildningsbevis.	
Övriga upplysningar	

.....
Datum

.....
Underskrift av behörig firmatecknare hos avtalsparten

Namnförtydligande

**Undertecknad blankett skickas till:
Region Skåne, 291 89 Kristianstad**

Region Skånes underskrift av strateg/registerare

.....
Datum

.....
Underskrift