Ansökan om filial

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

Anmälan avser uppdrag enligt LOV:

☐ Barnmorskemottagning (BMM) ☐ Barnavårdscentral (BVC) ☐ Grå Starr ☐ Hud ☐ Ögonsjukvård
☐ Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) ☐ Psykoterapi ☐ Vårdcentral ☐ Logopedi

Avtalspart	Avtalspart eller Enhetsbeteckning i PASiS

Företagets/personens fullständiga namn	Organisationsnummer (tio siffror)

Utdelningsadress	Postnummer	Ort

e-postadress till funktionsbrevlåda	Avtalets diarienr (ifylles av Region Skåne)

Namn på verksamhetschef	Telefonnummer till verksamhetschef	E-postadress till verksamhetschef

Namn på huvudenheten

Filial

Namn på filial	Telefonnummer till filial	Telefonnummer tidsbeställning

Gatuadress	Postnummer	Ort

Planerat startdatum

Beskrivning av filialens vårdinnehåll, bemanning, lokalisering, lokaler, tillgänglighet och omfattning.

Ansökan ska vara Uppdragsgivaren tillhanda 60 dagar före beräknat startdatum. Avtalet börjar alltid gälla första dagen i en kalendermånad efter komplett och av Uppdragsgivaren godkänd ansökan.
Skickas till: **Region Skåne, 291 89 Kristianstad**

Datum	Underskrift verksamhetschef eller förvaltningschef	Namnförtydligande verksamhetschef eller förvaltningschef

Verifikationsbesök datum	Godkänt startdatum

Datum	Underskrift uppdragsgivare	Namnförtydligande uppdragsgivaren