

ANMÄLAN om start av vårdverksamhet

Fyll gärna i blanketten med hjälp av datorn. Datum ska skrivas i formatet ÅÅÅÅ-MM-DD.

Anmälan avser uppdrag enligt LOV:

Audionommottagning

AVTALSPART ELLER FÖRETAG

Företagets eller personens fullständiga namn		Organisationsnr eller personnr (10 siffror)
Utdelningsadress		
Postnummer	Postort	Avtalets diariernr (fylls i av Region Skåne)
Kontaktperson eller verksamhetschef		Telefon kontaktperson eller verksamhetschef
E-postadress till kontaktperson		Mobiltelefon kontaktperson
Telefon till växel	Webbplats	E-postadress till funktionsbrevlåda

BETALNINGSMOTTAGARE

Betalmottagare om annan än avtalspart		Organisationsnummer
Utdelningsadress		
Postnummer	Ort	Telefon om annan än avtalspart
E-postadress om annan än avtalspart		Webbplats om annan än avtalspart
Betaling till Plusgiro Bankgiro Plusgiro/Bankgiro		
Kopia av betalmottagarens F-skattebevis bifogas		Bevis på vem ovanstående konto tillhör bifogas
Relation mellan avtalspart och betalmottagare om annan betalmottagare än avtalspart		
Eventuellt meddelande till betalmottagare vid utbetalning		
Fakturaunderlag för genomförda vårdkontakter kommer att levereras genom användandet av WebPriva Annat Privakompatibelt system, nämligen		

MOTTAGNING - VÅRDENHET

Mottagningsnamn		Beräknad verksamhetsstart, datum
Utdelningsadress		
Postnummer	Ort	Telefon mottagning
Telefon tidsbeställning	Fax	E-postadress
Verksamhetschef		Mottagningen ansluten till Region Skånes internpostsystem Ja Nej

IT- KONTAKTPERSON(ER), IT-BESTÄLLARE FÖR BEHÖRIGHETER enligt Förfrågningsunderlag 7.10.2 och 7.11.3

Namn	Personnummer eller RSID
E-postadress	Telefon
Namn	Personnummer eller RSID
E-postadress	Telefon

KATALOGADMINISTRATÖR (ex-KA) – SKÅNEKATALOGEN enligt Förfrågningsunderlag 7.11.3 samt 7.10.4.1.4

Namn	Personnr.
E-postadress	Telefon

ANSVARIGA RAPPORTÖRER VÄNTETIDER enligt Förfrågningsunderlag 5.11

Namn	E-postadress	Tel nr.
Namn	E-postadress	Tel nr.

ADMINISTRATÖR - 1177:s E-TJÄNSTER enligt Förfrågningsunderlag 5.5.1 och 7.8.3.1

Namn	Personnr.
E-postadress	Telefon

EVENTUELL BEHÖRIGHET WEBPRIVARAPPORTÖR enligt Förfrågningsunderlag 8.7 samt 7.10.4.2.5

Namn	Personnr.
E-postadress	Telefon

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

--

Har du några frågor, kontakta Vårdgivarservice: 040-623 900 00 eller via skane.se/vardgivarservice

Undertecknad blankett och bilagor (F-skattebevis och bevis om konto) ska vara Uppdragsgivaren tillhanda 10 veckor innan beräknad och avtalad avtalsstart. Skickas till:

Region Skåne, Regionservice
Gemensam servicefunktion, Vårdgivarservice
Medicon Village, Byggnad 203
223 81 Lund

Fyra veckor innan verksamhetsstart ska Uppgifter XXX [Uppgifter till Hitta och Jämför Vård \(skane.se\)](#) vara insänd.

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

Datum

Underskrift av behörig firmatecknare hos avtalsparten

Namnförtydligande

--