



# Utåtriktad verksamhet Barnmorskemottagning

Enligt Förfrågningsunderlag och Avtal för Barnmorskemottagning i Region Skåne.

**Blanketten ska fyllas i digitalt, inte handskrivet.**

<u>Namn på sökande barnmorskemottagning som utfört utbildningen</u>	<u>Avtalspart eller enhetsbeteckning (MHXXXX)</u>
<u>Datum för föreläsning</u>	<u>Tidpunkt (start- och sluttid för föreläsning)</u>

<u>1. Verksamhet som beställt utbildning (till exempel SFI, kommun, länsstyrelsen, etcetera)</u>	
<u>2. Kontaktuppgifter till verksamheten som beställt utbildningen</u>	
<u>Namn på kontaktperson hos beställaren</u>	
<u>Telefonnummer</u>	<u>E-postadress</u>
<u>Plats (där aktiviteten ägt rum)</u>	<u>Antal deltagare (+23 år och minst 5 styck i grupp)</u>

<u>Ämne för föreläsning</u>
-----------------------------

Ifylld och underskriven blankett bifogas som fil i formulär till Vårdgivarservice:

<https://vardgivare.skane.se/supportsidor/vardgivarservice/>

---

Datum                      Underskrift verksamhetschef                      Namnförtydligande verksamhetschef

---

Datum                      Underskrift beställare                      Namnförtydligande beställare