

# Ansökan om Mottagning för vuxna med varaktig funktionsnedsättning



Namn på sökande vårdcentral		Avtalspart eller enhetsbeteckning	
Namn på verksamhetschef		e-postadress till verksamhetschef	
Verksamhetschefens RS-id		Planerat startdatum	

## KRAV FÖR GODKÄNNANDE

### Bemanning

Namngiven specialist i allmänmedicin
Namngiven sjuksköterska
Namngiven arbetsterapeut
Namngiven fysioterapeut
Namngiven dietist
Namngiven psykolog
Namngiven kurator

Datum

Underskrift verksamhetschef eller förvaltningschef

Namnförtydligande verksamhetschef eller förvaltningschef

### Ska bifogas: Kopia på specialistbevis.

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

Utbildning genomförd datum	Verifikationsbesök datum	Godkänt startdatum

Datum

Underskrift uppdragsgivare

Namnförtydligande uppdragsgivaren