

# Ansökan Öron-Näsa-Halsmottaging på vårdcentral



<u>Namn på sökande Vårdcentral</u>		<u>Avtalspart eller enhetsbeteckning</u>
<u>Namn på verksamhetschef</u>	<u>E-postadress till verksamhetschef</u>	<u>RS-id</u>
<u>Planerat startdatum</u>		

## KRAV FÖR GODKÄNNANDE

### Bemanning

<u>Namngiven specialist i Öron-Näsa-Hals</u>	<u>Personnummer</u>
<u>E-postadress till specialist i ÖNH</u>	<u>Planerat startdatum</u>

Datum

Underskrift verksamhetschef

Namnförtydligande verksamhetschef

### 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**

<u>Verifikationsbesök datum</u>	<u>Godkänt startdatum</u>
---------------------------------	---------------------------

Datum

Underskrift uppdragsgivare

Namnförtydligande uppdragsgivaren