

Underlag för uppsägning av behörighet till Tandvårdsfönster för Vårdgivare/Leverantör

Blanketten ska fyllas i med hjälp av datorn

LEVERANTÖR	Leverantörens namn		Organisationsnummer
	Adress	Postnummer	Postadress
	Telefonnummer	Bankgiro/Plusgiro	
	E-postadress	Hemsida	
	Kontaktperson (om annan än verksamhetschef)	Telefonnummer	E-postadress

En ansökningsblankett ska fyllas i för varje Enhet som önskar säga upp sin behörighet!

ENHET	Namn på Enhet		Telefonnummer för patienter
	Besöksadress	Postnummer	Postadress
	E-postadress	Hemsida	
	Verksamhetschef	Personnummer	
	Telefonnummer	E-postadress	

Härmed intygar jag att ovanstående uppgifter är korrekta.

Datum enligt format XXXX-XX-XX

Underskrift av Firmatecknare

Namnförtydligande

Ifylles av Region Skåne GSF

Leverantörs-ID	
Motpart	

Blanketten skickas till:

Region Skåne
GSF Vårdekonomi, Vårdgivarservice
Byggnad 203, Medicon Village
223 81 Lund