

Ansökan

**om godkännande som vårdgivare
inom Hälsoval Tandvårdsstöd Dalarna för
allmäntandvård till barn och unga vuxna,
3 – 23 år**





ANVISNING FÖR ANSÖKAN

Detta dokument ska besvaras och undertecknas av sökande enligt förutsättningar redovisade under punkt 9 i Bilaga 1, Förfrågningsunderlag.

LEVERANTÖR SOM ANSÖKER OM GODKÄNNANDE

Leverantör:	
Organisationsnummer:	
Juridisk person:	
Driftsform:	
Bg/Pg:	
Post- och ortsadress:	
Besöksadress:	
Telefon:	
Webbplats:	
Antalet anställda:	
Firmatecknare:	
Telefon:	
Mobil:	
E-post:	
Kontaktperson ansökan:	
Telefon:	
Mobil:	
E-post:	
Kontaktperson verksamhetsansvarig	
Telefon:	
Mobil:	
E-post:	



Geografisk lokalisering

Klinik 1

Namn:	
Besöksadress:	
Postadress:	
E-postadress:	
Telefonnummer:	
Verksamhetschef:	
Klinikens BK/PG-nummer	

Klinik 2

Namn:	
Besöksadress:	
Postadress:	
E-postadress:	
Telefonnummer:	
Verksamhetschef:	
Klinikens BK/PG-nummer	

Klinik 3

Namn:	
Besöksadress:	
Postadress:	
E-postadress:	
Telefonnummer:	
Verksamhetschef:	
Klinikens BK/PG-nummer	

Klinik 4

Namn:	
Besöksadress:	
Postadress:	
E-postadress:	
Telefonnummer:	
Verksamhetschef:	
Klinikens BK/PG-nummer	

Klinik 5

Namn:	
Besöksadress:	
Postadress:	
E-postadress:	
Telefonnummer:	
Verksamhetschef:	
Klinikens BK/PG-nummer	

Vid fler kliniker, meddela för utökad mall.

Ansökans form och innehåll

Ansökan avser hela det redovisade uppdraget enligt *Förfrågningsunderlag Hälsoval Tandvårdsstöd Dalarna för allmäntandvård till barn och unga vuxna 3 – 23 år* och tillhörande bilagor

Ja Nej

Anmärkning/kommentar:

Uteslutning av sökande

Leverantören intygar att redovisade förhållanden inte föreligger vid tiden för ansökan.

Ja Nej

Anmärkning/kommentar:

Övriga myndighetskrav

Kopia på anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt 2 Kap. 1-3 §§, Patientsäkerhetslagen (2010:659) ska bifogas. Alternativt kan registerutdrag från IVO bifogas.

Ja Nej

Anmärkning/kommentar:

Sökandens ekonomiska ställning – etablerade företag

Leverantören uppfyller ställda krav på ekonomisk ställning.

Ja Nej

Anmärkning/kommentar:

Teknisk och yrkesmässig kapacitet

Generella krav – allmänt

Sökanden har kompetens, kapacitet och erfarenhet för att fullgöra sina åtaganden under kontraktperioden.

Ja Nej

Anmärkning/kommentar:

Generella krav – etablerade företag

Till ansökan bifogas följande dokument:	Bilaga nr	Sid nr
Beskrivning av företaget, kompetens, resurser och organisation		
Presentation av eventuella samarbetspartner/underleverantörer inom kliniks vård och former för sam-		
Redogörelse för ledning, arbetsorganisation samt verksamhetschef (redovisas med namn och kompetens). Verksamhetschefen ska vara väl förtrogen med lagar och förordningar, allmänna råd m m som gäller för allmäntandvården.		

Generella krav – företag under bildande

Till ansökan bifogas följande dokument:	Bilaga nr	Sid nr
Beskrivning av planerade företagsbildning, t ex företagsform, aktiekapital för aktiebolag, förväntat antal anställda och ägare. Redovisning ska även ske nuläge samt förutsättningar och tidplan för att företaget ska kunna etableras		
Beskrivning av kompetens, resurser och organisation.		
Beskrivning av hur sökanden avser att lösa uppdraget i syfte att uppnå stabilitet och långsiktighet		
Presentation av eventuella samarbetspartner/underleverantörer och former för samarbete		
Redogörelse för ledning, arbetsorganisation samt tilltänkt verksamhetschef (redovisas med namn och kompetens) samt referenser avseende tilltänkt verksamhetschef.		

Tidpunkt för driftstart vid nyetablering:

UPPDRAGSBESKRIVNING och UNDERLAG FÖR KONTRAKT

Samtliga krav och villkor i Avtal samt Bilaga 1 Förfrågningsunderlag uppfylles.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Anmärkning/kommentar:



Diariernr
XXXX

6 (4)

AVLÄMNANDE AV ANSÖKAN

Ansökan samt efterfrågade handlingar ska lämnas i förseglat omslag märkt: "Ansökan Hälsoval allmäntandvård för barn och unga vuxna" med förfrågningsunderlagets diarienummer i ett (1) exemplar i pappersoriginal till nedanstående adress:

Region Dalarna
Tandvårdsstöd Dalarna
Box 712
791 29 Falun

UNDERSKRIFT

Ort och datum	
Underskrift (av sökanden eller behörig företrädare för sökanden)	
Namnförtydligande	