

ÄNDRINGSANMÄLAN

Fyll gärna i blanketten med hjälp av datorn. Kryssa i rutan "Markera fält" alt "Skuggning av formulärfält" i menyraden. Kryssrutorna kan markeras med hjälp av mellanslagstangenten eller musen.



Anmälan avser:

- Verksamhet enligt LOF
 Verksamhete enligt LOL, specialitet:

AVTALSPART

Företagets/personens fullständiga namn

Organisationsnr/Personnr

Utdelningsadress

Postnummer

Postadress

E-postadress

Kontaktperson

Tel nr kontaktperson

E-postadress till kontaktperson

NY MOTTAGNINGSDRESS

Mottagningsnamn

Fr o m datum

Tel mottagning

Tel tidsbeställning

Gatuadress

Postnummer

Postadress

Övriga upplysningar

.....
Datum

.....
Underskrift av etableringsinnehavaren

Namnförtydligande

Undertecknad blankett skickas till:

Region Dalarna Vårdval Primärvård, Box 712, 791 29 Falun

Du kan även maila ifylld blankett till: vardval.primarvard@regiondalarna.se

Region Dalarna, underskrift