

## ÄNDRINGSANMÄLAN

Fyll gärna i blanketten med hjälp av datorn. Kryssa i rutan "Markera fält" alt "Skuggning av formulärfält" i menyraden. Datum ska skrivas i formatet XXXX-XX-XX. Kryssrutorna kan markeras med hjälp av mellanslagstangenten eller musen.



Anmälan avser:

Vårdavtal enl. LOU, Specialitet:

Samverkansavtal enl. LOL/LOF, Specialitet:

### AVTALSPART

Företagets/personens fullständiga namn

Organisationsnr/Personnr

Utdelningsadress

Postnummer

Postadress

E-postadress

Avtalets diariernr. (ifylls av Region Kalmar län)

Kontaktperson

Tel nr kontaktperson

E-postadress till kontaktperson

### NY MOTTAGNINGSDRESS

Mottagningsnamn

Fr o m datum

Tel mottagning

Tel tidsbeställning

Gatuadress

Postnummer

Postadress

Övriga upplysningar

ÄNDRING AV ARVODESKATEGORI (gäller endast fysioterapeut LOF, se separat blankett)

.....  
Datum

.....  
Underskrift av behörig firmatecknare hos avtalsparten

Namnförtydligande

**Undertecknad blankett skickas till: Regionstab, samordning hälso- och sjukvård  
Region Kalmar län, Box 601, 391 26 Kalmar**

Region Kalmar län, underskrift av strateg