

## UPPSÄGNING av avtal med Region Kalmar län

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 enligt LOU Specialitet:
- Samverkansavtal enligt LOL/LOF Specialitet:

### AVTALSPART

Företagets/personens fullständiga namn		Organisationsnr/Personnr
Utdelningsadress	Postnummer	Postadress
E-postadress	Avtalets diariernr (finns på avtalets försättssida)	
Kontaktperson	Tel nr kontaktperson	Tel nr mobil kontaktperson

### MOTTAGNING

Mottagningsnamn	Beräknat datum för avslut	
Gatuadress	Postnummer	Postadress

.....  
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 läns anteckningar

.....  
Datum

.....  
Underskrift avtalsförvaltare Region Kalmar län