

Ansökan om utträde ur kontraktet enligt Krav- och Kvalitetsboken inom Vårdval Vårdcentral och Vårdval Rehab

Om du har frågor gällande ansökan om utträde ur kontraktet enligt Krav- och Kvalitetsboken inom Vårdval Vårdcentral kontakta: vgprimarvard@vgregion.se

Om du har frågor gällande ansökan om utträde ur kontraktet enligt Krav- och Kvalitetsboken inom Vårdval Rehab kontakta: vardval.rehab@vgregion.se

Ansökan gäller utträde ur kontraktet enligt Krav- och Kvalitetsboken § 12

Vårdenhet som ansökan om utträde avser

(markera med ett X)

Vårdval Vårdcentral

Vårdval Rehab

Namn på vårdenheten	
Namn – hela juridiska namnet med bolagsform	Organisationsnummer
Planerat datum för utträde (Utträde är möjligt tidigast en månad efter att nämnden godkänt er ansökan)	

Kontaktperson för ansökan

Namn
Telefon
E-post

Ange skäl för utträdet:

Konsekvenser för invånarna:

Redogör för hur patientjournaler kommer att förvaras och hanteras:

Konsekvenser för personal:

Jag är medveten om att leverantör inom Vårdval Vårdcentral som vill lösa in sitt kontrakt får samtliga utgifter som detta innebär, till exempel kostnader för utomlänbesök, läkemedel, ny områdesindelning (s k GIS- körning) och information till listade patienter, vårdgrannar och medaktörer med flera.

Jag är medveten om att leverantör inom Vårdval Rehab som vill lösa in sitt kontrakt får betala samtliga utgifter som detta innebär.

Underskrift (obligatorisk)

Ort och datum

Underskrift av firmatecknaer

Namnförtydligande

Adress och telefon till den som har skrivit under ansökan (om annan person än kontaktperson för ansökan)

**Underskriven ansökan scannas in
och skickas till:**
[operativ.halso-
och.sjukvardsnamnd@vgregion.se](mailto:operativ.halso-och.sjukvardsnamnd@vgregion.se)

**Om underskriven ansökan inte kan
skickas digitalt, skicka den till:**
**Diariet
Stationsgatan 3
541 30 Skövde**