

## Anmälan om arvodeskategori

### 1. Uppgifter om verksamheten

Mottagning:	Vårdgivarkod:
Namn:	
Personnummer:	
Mottagningsadress:	
Postnummer:	Ort:
E-post:	
Telefon:	

### 2. Arvodeskategori

Kryssa för vad ansökan avser:

- Ändring av arvodeskategori till A
- Ändring av arvodeskategori till B
- Fortsatt placering i arvodeskategori B med nya förutsättningar

Villkoren för respektive arvodeskategori återfinns i Lag om ersättning vid fysioterapi (1993:1652) LOF samt Förordning om ersättning vid fysioterapi (1994:1120). Mer information finns på [Vårdgivarwebben](#).

### 3. Assisterande personal

Antal assisterande personal på verksamheten:
Anställd/anställda som:
Antal timmar <b>totalt</b> för assisterande personal per vecka:
Aktuellt anställningsbevis, bilaga nr:
Revisionsintyg, bilaga nr:
Hyresavtal, bilaga nr:
Registreringsbevis från Bolagsverket, bilaga nr:

#### 4. Antal behandlingsrum

Min etablering förfogar över antal behandlingsrum: \_\_\_\_\_ st.

#### 5. Kvalificerad utrustning

Antal	Benämning på utrustning

.....

*Datum*

*Underskrift*

Ifylld och underskriven blankett med vidimerade kopior skickas till:

Västra Götalandsregionen  
Koncernstab uppdrag och produktion av hälso- och sjukvård  
Privata vårdgivare  
Regionens Hus  
405 44 Göteborg