

Blankett för privata vårdgivare enligt LOL och LOF

Uppgifter till KiV för vårdverksamhet och utbetalningsuppgifter

Blanketten avser:

Ny registrering av verksamhet

Förändring av verksamhet

Från och med:

Samverkansavtal :

Vid förändring – fyll endast i de uppgifter som ska ändras.

LOL

LOF

Tänk på att uppgifterna ska överensstämma med de uppgifter som registrerats på IVO, vårdgivarregistret. Uppgifterna kontrolleras av VGR.

Information om Vårdgivare/Verksamhetschef

Informationen i fältet nedan avser uppgifter om avtalsägare.

Namn	Avtalskod/Vårdgivarkod (4 siffror)
Personnummer	Förskrivarkod (gäller endast läkare)
E-postadress (OBS – personlig)	Telefonnummer (OBS – personlig)
Legitimerad yrkestitel	Befattning

Information om Bolag

Informationen i fältet nedan avser uppgifter om bolaget du har samverkansavtalet för.

Organisationsnummer (Bolagets namn och org.nr måste höras ihop)	Startdatum
Bolagets namn (Här anger du namnet på din enskilda firma/ bolag)	
Mottagning E-postadress	
Fakturaadress (gata, postnr, ort)	

Kontaktuppgifter till vårdenheten

Informationen i fältet nedan avser uppgifter om mottagningsverksamheten som bedrivs. Uppgifterna visas på 1177.

Mottagningens namn (Undantag: Om du bedriver verksamhet tillsammans med andra vårdgivare i gemensamma lokaler kan du ange namnet på den mottagningen)
Postadress (gata, postnr, ort)
Besöksadress (gata, postnr, ort)
Externt telefonnummer (för patientkontakt)
Webbplats
Vägbeskrivning
Öppettider
Telefontider
Tider för drop-in (anges om drop-in finns)
Verksamhetsbeskrivning

Fyll i det alternativ som passar ditt avtal

EGEN NÄRINGSVERKSAMHET

Ersättningen ska betalas till Bankkonto, plus/bankgiro nr:

Obligatoriska bilagor:

1. Registerutdrag från Skatteverket för enskild firma (f.d. F-skattsedel)
2. Bevis på att ovan angivet bankkonto tillhör den egna näringsverksamheten (kontokurant från banken)

HANDELSBOLAG/KOMMANDITBOLAG

Ersättningen ska betalas till handelsbolagets plus/bankgiro nr:

Handelsbolagets namn:

Obligatoriska bilagor:

1. Registreringsbevis från Bolagsverket
2. Dokumentation på vårdgivarens ställning i den juridiska personen i de fall detta inte framkommer av registreringsbevis från bolagsverket.
3. Registerutdrag från Skatteverket för handelsbolaget (f.d. F-skattsedel)

AKTIEBOLAG

Ersättningen ska betalas till aktiebolagets plus/bankgiro nr:

Aktiebolagets namn:

Obligatoriska bilagor:

1. Registreringsbevis från Bolagsverket
2. Dokumentation på vårdgivarens ställning i den juridiska personen i de fall detta inte framkommer av registreringsbevis från bolagsverket.
3. Registerutdrag från Skatteverket för aktiebolaget (f.d. F-skattsedel)

Ort, Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Blanketten skickas till:

Västra Götalandsregionen
Diariet Koncernkontoret Regionens Hus
405 44 Göteborg

Vid eventuella frågor, kontakta:

vardgivarservice@vgregion.se