

Tandvård

Västra Götalandsregionen

# Ansökan om avtal för fri tandvård

## Barn och ungdom

Ansökan avser:

Tandvård till barn och ungdom – från 3 år upp till 19 år

### Sökande – företag/organisation

Namn – hela juridiska namnet med bolagsform:	Organisationsnummer:
Postadress:	Postnummer och ort:
E-post:	Telefon:
Webbplats:	Bankgiro/Plusgiro:
Firmatecknare:	Telefon:
Kontaktperson:	Telefon:

### Klinik/Mottagning

Namn:	Verksamhetsstart – datum:
Postadress:	Postnummer:
E-post:	Telefon:
Verksamhetschef:	Telefon:
Ansvarig tandläkare:	Telefon:

## Härmed försäkras att

- firmatecknaren/avtalsansvarige har tagit del av och accepterat samtliga underlag för avtal inom den fria tandvården samt förbinder sig att arbeta i enlighet med gällande riktlinjer och villkor
- företaget/organisationen är medveten om att Västra Götalandsregionen kan säga upp avtalet om gällande riktlinjer och villkor inte följs
- företaget/organisationen är godkänd för F-skatt, har patientförsäkring och är utan betalningsanmärkning.

Ort:	Datum:
Underskrift – Firmatecknare:	
Namnförtydligande:	

Skicka ansökan till:

[operativ.halso-och.sjukvardsnamnd@vgregion.se](mailto:operativ.halso-och.sjukvardsnamnd@vgregion.se)

Kontaktuppgifter:

[vardgiverservice@vgregion.se](mailto:vardgiverservice@vgregion.se)

Läs mer på följande sidor samt undersidor:

[vgregion.se/fri-tandvard--barn-och-unga](http://vgregion.se/fri-tandvard--barn-och-unga)

[vgregion.se/tandvard-asylsokande](http://vgregion.se/tandvard-asylsokande)