Anmälan om ägarförändring inom tandvårdsavtal

Om du har frågor gällande anmälan om ägarförändring inom tandvårdsavtal kontakta: vardgivarservice@vgregion.se

Tandvårdsenhet som anmälan om ägarförändring avser

Namn på Tandvårdsenheten	
Namn på bolaget som innehar kontraktet – hela juridiska namnet med bolagsform	Organisationsnummer
Planerat datum för ägarförändring	
Namn på ny ägare av aktierna i bolaget	Personnummer/organisationsnummer

Kontaktperson för ansökan

Namn
Telefon
E-post

Beskriv ägarförändringen (Ange tex skäl, antal aktier, tidpunkt)

Beskriv ägarförändringens konsekvenser
(Ange tex konsekvenser för verksamhet, patienter/invånare, lokaler, IT, personal, verksamhetschef, odontologiskt ansvarig, styrelseförändring mm..)

Beskriv ägarförhållanden till nuvarande ägare
(t ex antal aktier, nominellt värde, röstvärde mm. Namn, personnr och organisationsnummer för ägarna till aktierna, Bifoga kopia av aktieboken)

Beskriv ägarförhållanden till ny ägare
(t ex antal aktier, nominellt värde, röstvärde mm. Namn, personnr och organisationsnummer för ägarna till aktierna, Bifoga kopia av aktieboken)

Följande handlingar skickas in till Västra Götalandsregionen

Bocka för att du har bifogat:

Aktuella registreringsbevis för

☐ Bolaget som innehar kontraktet

☐ Ny ägare

Senast fastställda årsredovisning för

☐ Bolaget som innehar kontraktet

☐ Ny ägare

Kreditupplysning för

☐ Bolaget som innehar kontraktet

☐ Ny ägare

Aktiebok för

☐ Bolaget som innehar kontraktet

☐ Ny ägare

☐ Avtal om överlåtelse av aktierna

☐ Koncernskiss/Organisationsskiss före och efter ägarförändringen

☐ Jag är medveten om att när Västra Götalandsregionen godkänt ny ägare av bolag med kontrakt i Tandvårdsavtal ankommer det på den nya ägaren att lämna information till anslutna invånare (listade invånare).

Underskrift nuvarande ägare av aktierna i bolaget som innehar kontraktet

(obligatorisk)

Ort och datum

Underskrift av firmatecknare

Namnförtydligande

Underskrift kommande ägare av aktierna i bolaget som innehar kontraktet
(obligatorisk)

Ort och datum

Underskrift av firmatecknare

Namnförtydligande

Underskriven ansökan scannas in och skickas till: operativ.halso-och.sjukvardsnamnd@vgregion.se

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