

Anmälan om ägarförändring enligt Krav- och Kvalitetsboken inom Vårdval Vårdcentral och Vårdval Rehab

Om du har frågor gällande anmälan om ägarförändring inom Vårdval Vårdcentral kontakta: vardgivar-service@vgregion.se

Om du har frågor gällande anmälan om ägarförändring inom Vårdval Rehab kontakta: vardgivar-service@vgregion.se

Vårdenhet som anmälan om ägarförändring avser

(markera med ett X)

Vårdval Vårdcentral

Vårdval Rehab

Namn på vårdenheten	
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, medicinskt 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 godkännt ny ägare av bolag med kontrakt i Vårdval Vårdcentral 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