

Ansökan om tilläggsavtal till vårdgivare inom avgiftsfri tandvård för barn och unga 3 till 23 år enligt LOV i region Västmanland

Ansökan fylls i och sänds till: **Tandvårdsenheten**
Region Västmanland
721 89 Västerås

Privattandläkare som ansöker om avtal om tandvård som inte kan anstå till flyktingar från Ukraina 24 år och äldre

Företagsnamn	
Organisationsnummer*	
Mottagningens namn	
Postadress	
Postnummer och ort	
Telefonnummer	
E-postadress	
Kontaktperson	
Telefonnummer (direkt)	
E-postadress (direkt)	

*Organisationsnummer

- För aktieföretag uppges organisationsnummer
- För handels- och kommanditföretag uppges dels företagets organisationsnummer och dels deltagarens organisationsnummer- eller personnummer
- För enskild firma uppges personnummer

Undertecknad privattandläkare åtar sig att ingå Tilläggsavtal till vårdgivare inom avgiftsfri tandvård för barn och unga 3 till 23 år enligt LOV i region Västmanland och följa angivet regelverk i avtalet.

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande (firmatecknare)

Kontaktuppgifter (adress, telefon och e-post)

Beslut om avtal kommer att handläggas när ansökan inkommit till Tandvårdsenheten.

Ansökan skickas till:

Tandvårdsenheten
Region Västmanland
721 89 Västerås

Vid eventuella frågor kontakta Tandvårdsenheten Eva Sandberg 021-17 48 45
eva.sandberg@regionvastmanland.se