**Uppsägning av avtal för allmäntandvård för barn och unga**

i samband med att klinik upphör eller övertas av annan vårdgivare

Avser uppsägning av avtal enligt LOV för avgiftsfri allmäntandvård till barn och unga i Västmanland, ref nr DU-UPP17-0006 och IN-IN19-0402.

Blanketten skickas till: Region Västmanland, Inköp Sörmland Västmanland, 631 88 Eskilstuna. Återkoppling till mottagningens verksamhetschef sker när uppsägningsblanketten är inkommen.

**Avtalspart**

|  |  |
| --- | --- |
| Vårdgivare (tandvårdsföretag) |  |
| Mottagningens namn |  |
| Organisationsnummer |  |
| Verksamhetschef namn |  |
| Verksamhetschef telefonnummer. |  |
| Verksamhetschef e-post |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Orsak till upphörande (t.ex. pension) |  |
| Övertagande vårdgivare (företagsnamn och organisationsnummer) |  |
| Önskat datum för avtalets upphörande |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift av behörig företrädare för vårdgivaren Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnförtydligande