

**Ansökan om att få ingå samverkansavtal  
i samband med ersättningsetablering enligt  
lagen 1993:1652 om ersättning för sjukgymnastik**

1 (2)

Efternamn, tilltalsnamn		Personnummer	
Telefon	E-postadress		
Adress		Postnummer	Ort

Ansökan avser ansökningsinbjudan, ärende nummer:

**Krav enligt 7 - 9 §§ lagen om ersättning för sjukgymnastik**

P1	
Jag är legitimerad sjukgymnast	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Jag kommer att inneha sjukgymnastlegitimation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Komplettering avseende ovan kommer att lämnas till landstinget senast _____	
P2	
Jag avser att arbeta heltid enligt lagen om ersättning för sjukgymnastik	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
P3	
Jag är anställd inom något landstings hälso- och sjukvård	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Jag är anställd hos ett bolag eller annan juridisk person som landsting har ett rättsligt bestämmande inflytande över <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om du svarat Ja på ovanstående frågor i detta avsnitt, var god ange nuvarande arbetsplats _____	
Jag kommer att avsluta min anställning om jag erbjuds att teckna samverkansavtal med landstinget <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

<sup>1</sup> Härmed avses sådana företag som anges i 1 kap. 9 § sekretesslagen (1980:100).Jag kommer att uppfylla de ovannämnda kraven i punkt 1 - 3 senast vid övertagandet av verksamheten  Ja  Nej

Sökande kan uteslutas från att delta i ansökningsförfarandet om han eller hon

- är i konkurs eller likvidation, är under tvångsförvaltning eller är föremål för ackord- eller tills vidare har inställt sina betalningar eller är underkastad näringsförbud.
- är föremål för ansökan om konkurs, tvångslikvidation, tvångsförvaltning, ackord eller annat liknande förfarande.
- är dömd för brott avseende yrkesutövningen eller lagakraftvunnen dom.
- har gjort sig skyldig till allvariga fel i yrkesutövningen.
- inte har fullgjort sina åligganden avseende socialförsäkringsavgifter eller skatt i det egna landet eller i det land där upphandlingen sker.

**Jag intygar att förhållanden avseende ovan redovisade punkter inte föreligger vid ansökans inlämnande.**

Härmed anöker jag om att få ingå samverkansavtal med landstinget enligt ansökningsinbjudan.

Jag erbjuder \_\_\_\_\_ kr för den aktuella verksamheten.

Jag är medveten om att jag är bunden av min ansökan från ansökningstidens utgång fram till den tidpunkt som angivits i ansökningsinbjudan.

\_\_\_\_\_  
Datum/ort

\_\_\_\_\_  
Underskrift

Till denna ansökan bifogas följande bilagor

Skatteverkets blankett 4820 (ej äldre än 3 månader) Bilaga nr \_\_\_\_\_

Av Socialstyrelsen meddelat bevis om legitimation som sjukgymnast (vidimerad kopia) Bilaga nr \_\_\_\_\_

Övriga bilagor Bilaga nr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Bilaga nr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Bilaga nr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Bilaga nr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Bilaga nr \_\_\_\_\_