



Ansökan avseende avtal om tandvård för asylsökande vuxna

Blankett för ansökan avseende avtal om tandvård för asylsökande vuxna

Leverantörsuppgifter

Komplett företagsnamn:
Adress:
Postnummer:
Postadress:
Organisationsnummer:
Firmatecknare:
Bankgironummer:
Plusgironummer:
Kontaktperson:
Telefonnummer:
Mobiltelefonnummer:
E-postadress:

Enhet som ansökan avser

Namn:
Besöksadress:
Postnummer:
Postadress:
Enhetens kontaktperson:
Telefonnummer:
Mobiltelefonnummer:
E-postadress:

Försäkran att Leverantören i nuläget uppfyller kraven i Avtal om tandvård för asylsökande vuxna och accepterar avtalet i alla dess delar

(Om svar "nej" lämnas ska leverantören bifoga en skriftlig redogörelse för när och hur kravet beräknas kunna uppfyllas).

	Ja	Nej	Svar/kommentar/hänvisning till annat dokument
Leverantören uppfyller kraven i Avtal om tandvård för asylsökande vuxna och accepterar avtalet i alla dess delar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	Bifogas ansökan		Svar/kommentar/hänvisning till annat dokument
Registreringsbevis utfärdat av behörig officiell myndighet (i Sverige Bolagsverket)	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
"Begäran om upplysningar vid offentlig upphandling", Skatteverkets blankett SKV 4820 , ifylld av Skatteverket	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
F-skattsedel och registreringsbevis utfärdat av Bolagsverket, om företaget är under bildande	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Registerutdrag från Inspektionen för vård och omsorg gällande anmälan enligt 2 kap 1-3 §§ patientsäkerhetslagen	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Två referenser som styrker Leverantörens förmåga att utföra tjänsten	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>

Datum: [redacted]

Leverantörens underskrift:

Namnförtydligande: [redacted]

Titel: [redacted]

Telefonnummer: [redacted]

Mobiltelefonnummer: [redacted]

E-postadress: [redacted]

Ansökan skickas till:

Tandvårdsenheten

Region Östergötland

581 91 Linköping

Vid frågor kring ansökan, vänligen kontakta Tandvårdsenheten.

E-postadress: region@regionostergotland.se

Telefonnummer: 010-103 73 27, 010-103 73 68 eller 010-103 73 94