

**Ansökan om att få ingå samverkansavtal
i samband med ersättningsetablering enligt
lagen 1993:1651 om läkarvårdsersättning**

Efternamn, tilltalsnamn	Personnummer	
Telefon	E-postadress	
Adress	Postnummer	Ort

Ansökan avser ansökningsinbjudan, ärende nummer:

Krav enligt 7 - 9 §§ lagen om läkarvårdsersättning

P1	Jag innehar specialistkompetens inom specialiteten	Ja	Nej
	Jag kommer att inneha specialistkompetens inom specialiteten	Ja	Nej
	Komplettering avseende ovan kommer att lämnas till landstinget senast _____		
P2	Jag avser att arbeta heltid enligt lagen om läkarvårdsersättning	Ja	Nej
P3	Jag är anställd inom något landstings hälso- och sjukvård	Ja	Nej
	Jag är anställd hos ett bolag eller annan juridisk person som landsting har ett rättsligt bestämmande inflytande över ¹	Ja	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	Ja	Nej

¹ 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 allvarliga fel i yrkesutövningen.
- inte har fullgjort sina åligganden avseende socialförsäkringsavgifter eller skatt i det egna landet eller i det land där upphandlingen sker.

Jag int ygar att förhållanden avseende ovan redovisade punkter inte föreligger vid ansökans inlämnande.

**Ansökan om att få ingå samverkansavtal
i samband med ersättningsetablering enligt
lagen 1993:1651 om läkarvårdsersättning**

Härmed ansöker 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 läkare (vidimerad kopia)

Bilaga nr _____

Av Socialstyrelsen meddelat bevis om specialistkompetens (vidimerad kopia)

Bilaga nr _____

Övriga bilagor

Bilaga nr _____

Bilaga nr _____

Bilaga nr _____

Bilaga nr _____