



**Valvira**

Sosiaali- ja terveysalan  
lupa- ja valvontavirasto

**Yksityisen terveydenhuollon  
valtakunnallisten palvelujen  
aloitusilmoitus**

Viranomaisen täyttää

Dnro

### 1 Palvelujen tuottaja

Nimi (yhteisön rekisteriotteen mukainen nimi)			Y-tunnus
Postiosoite			Puhelin
Postinumero	Postitoimipaikka	Kotikunta	Faksi

### 2 Toimintayksikkö

Nimi		
Käyntiosoite		
Postinumero	Postitoimipaikka	Sijaintikunta

### 3 Minkä läänien alueella yrityksenne tuottaa yksityisen terveydenhuollon palveluita?

--

### 4 Käyttöönottotarkastus

Käyttöönottotarkastus suoritettu
----------------------------------

### 5 Toiminnan aloittamispäivä

Toiminnan aloittamispäivä
---------------------------

### 6 Allekirjoitus

Paikka ja päiväys
Terveystieteiden tutkimuskeskuksen johtajan allekirjoitus
Nimenselvennys

### 7 Liitteet

<input type="checkbox"/> Tarkastuskertomus käyttöönottotarkastuksesta
<input type="checkbox"/> Muu toimitiloja koskeva selvitys
<input type="checkbox"/> Kuvaus toimintasuunnitelman muutoksesta (tarvittaessa)
<input type="checkbox"/> Yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain 6§:ssä tarkoitettu omavalvontasuunnitelma