



Ifylls av myndigheten
Dnr

**1 Serviceproducent**

Namn (namn på sammanslutning enligt registerutdrag)			FO-nummer
Postadress			Telefonnummer
Postnummer	Postanstalt	Hemkommun	Faxnummer

**2 Verksamhetsenhet**

Namn		
Besöksadress		
Postnummer	Postanstalt	Kommun (där enheten är belägen)

**3 Inom vilka län producerar ert företag privata hälsovårdstjänster?**

--

**4 Förhandsinspektion**

Förhandsinspektion utfördes
-----------------------------

**5 Startdatum**

Verksamheten inleds
---------------------

**6 Underskrift**

Ort och datum
Underskrift av föreståndaren som ansvarar för hälso- och sjukvårdstjänsterna
Namnförtydligande

**7 Bilagor**

<input type="checkbox"/> Inspektionsberättelse över förhandsinspektionen
<input type="checkbox"/> Annan utredning om lokalerna
<input type="checkbox"/> Beskrivning av ändring i verksamhetsplanen (vid behov)
<input type="checkbox"/> En sådan plan för egenkontroll som avses i 6 § lagen om privat hälso- och sjukvård