



Viranomaisen täyttää
Dnro

1 Palvelujen tuottaja

Nimi (yhteisön rekisteriotteen mukainen nimi)	
Toiminimi (jos on)	Y-tunnus
Postiosoite	Postinumero
Postitoimipaikka	Puhelin virka-aikana
Faksinumero	Sähköpostiosoite
Yhteyshenkilö (lupa-asioista vastaava)	Yhteyshenkilön puhelin / matkapuhelin

2 Toimintayksikkö, jonka toiminta lopetetaan

Nimi		
Osoite		
Postinumero	Postitoimipaikka	
Sijaintikunta	Puhelin / matkapuhelin	Faksi
Sähköposti	Toiminnan lopettamispäivä _____ / _____ 20 ____	

3 Potilasasiakirjojen arkistointi

Selvitys potilasasiakirjojen säilyttämisestä toiminnan loputtua:
--

4 Allekirjoitus

Paikka ja päiväys
Allekirjoitus (Allekirjoituksen tulee olla virallinen. Yhteisöjen, yhtiöiden, osuuskuntien, yhdistyksien ja säätiön puolesta nimen kirjoittamiseen oikeutettu henkilö)
Nimenselvennys

¹ Kun palvelujen tuottaja lopettaa terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen antamisen, yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain 9 §:n mukaan tästä tulee ilmoittaa kirjallisesti Valviralle.