



Ifylls av myndigheten
Dnr

1 Serviceproducent

Namn (namn på sammanslutning enligt registerutdrag)	
Firma (om befintlig)	FO-nummer
Postadress	Postnummer
Postanstalt	Telefon under tjänstetid
Faxnummer	E-postadress
Kontaktperson (ansvarig för tillståndsärenden)	Kontaktpersonens telefon/mobiltelefon

2 Verksamhetsenhet vars verksamhet upphör

Namn		
Adress		
Postnummer	Postanstalt	
Kommun (där enheten är belägen)	Telefon/mobiltelefon	Fax
E-postadress	Verksamheten upphör/upphörde _____ / _____ 20 ____	

3 Arkivering av journalhandlingar

Utredning om förvaringen av journalhandlingar efter att verksamheten har upphört:

4 Underskrift

Ort och datum
Underskrift (Underskriften skall vara officiell. Person som har rätt att teckna sammanslutningens, bolagets, andelslagets, föreningens eller stiftelsens namn) _____
Namnförtydligande

¹ När en serviceproducent upphör att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster skall han enligt 9 § i lagen om privat hälso- och sjukvård skriftligen anmäla detta till Valvira.