



**Valvira**

Tillstånds- och tillsynsverket  
för social- och hälsovården

*Ifylls av myndigheten*

Ankomstdatum \_\_\_\_\_

Diarienummer \_\_\_\_\_

## ANSÖKAN Begränsat verksamhetstillstånd för läkare

Sökanden ifyller

### Uppgifter om sökanden

Efternamn (samt tidigare) \_\_\_\_\_

Samtliga förnamn \_\_\_\_\_

Personbeteckning / födelsedatum \_\_\_\_\_

Jag meddelar Valvira min finska personbeteckning snarast möjligt efter att den beviljats.

Medborgarskap \_\_\_\_\_

Modersmål \_\_\_\_\_

Näraddress \_\_\_\_\_

Postnummer \_\_\_\_\_ Postort \_\_\_\_\_

Bostadskommun / land \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-post \_\_\_\_\_

Jag ger mitt samtycke till att begäran om komplettering av ansökan kan skickas via e-post.

Avlagd examen / skolning \_\_\_\_\_

Läroanstalt \_\_\_\_\_ Utexamineringsdatum \_\_\_\_\_

Tammerfors universitet 1. tentamina avlagt \_\_\_\_\_

Datum och ort \_\_\_\_\_

Jag önskar att få beslutet på (bara ett alternativ)

finska

svenska



# Valvira

Tillstånds- och tillsynsverket  
för social- och hälsovården

Ifylls av myndigheten

Ankomstdatum \_\_\_\_\_

Diarienummer \_\_\_\_\_

Arbetsgivaren ifyller

## Uppgifter om arbetsgivaren

Verksamhetsenheten (*sjukhus/ specialitet / hälsostation*)

OID-kod \_\_\_\_\_ Verksamhetstid \_\_\_\_\_

Datum och ort \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

Namnet förtydligat \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-postadress \_\_\_\_\_

Behandlingen

Handlingen är [avgiftsbelagd](#).

Bilagor

Information om olika dokument och bilagor som krävs finns på [Valviras webbsidor](#).

Skickande

Sänd den ifyllda blanketten med bilagor per post till adressen: Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira, PB 43, 00521 Helsingfors.

Alternativt kan du skicka det ifyllda formuläret med bilagor som en e-postbilaga till [kirjaamo@valvira.fi](mailto:kirjaamo@valvira.fi). Eftersom det inte är rekommenderat att skicka sekretessbelagd information med e-post, du kan skicka säker post genom [Turvaviestitjänsten](#).