



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 _____

2. 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. Eftersom det inte är rekommenderat att skicka sekretessbelagd information med e-post, du kan skicka säker post genom [Turvaviestitjänsten](#).