

ANMÄLAN AV SKATTEUPPGIFTER för vårdgivare som får ersättning enligt LOL och LOF.

Se Skatteverkets ställningstagande 131 472337-13/111 från 2013-08-09 för ytterligare information.

VÅRDGIVARE

Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer 12 siffror
Mottagningsadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	
E-post	Telefonnummer

FYLL I UPPGIFT OM DITT BOLAG/FIRMA ENLIGT NEDAN 3 ALTERNATIV**1. Aktiebolag – följande uppgifter måste lämnas**

Namn och organisationsnummer på aktiebolaget			
Utbetalningssätt	Bankkonto	Bankgiro	Plusgiro
Underlag bifogas som visar att det bankkonto/bankgiro/plusgiro till vilket regionen betalar ersättning tillhör bolaget (exempelvis kontoutdrag eller intyg från din bank).			
Registerutdrag som visar att bolaget är godkänt för F-skatt.			

OMFATTNING

Härmed intygas att regionens ersättning redovisas som intäkt i ovan angivna aktiebolag och att jag äger eller är delägare av aktiebolaget.

Ort och Datum	Underskrift av firmatecknare
---------------	------------------------------



2. Handelsbolag/kommanditbolag – följande uppgifter måste lämnas

Namn och organisationsnummer på bolaget			
Utbetalningssätt	Bankkonto	Bankgiro	Plusgiro
Underlag bifogas som visar att det bankkonto/bankgiro/plusgiro till vilket regionen betalar ersättning tillhör bolaget (exempelvis kontoutdrag eller intyg från din bank).			
Registerutdrag som visar att bolaget är godkänt för F-skatt.			

OMFATTNING

Härmed intygas att regionens ersättning redovisas som intäkt i ovan angivna bolag och att jag äger eller är delägare av bolaget.

Ort och Datum	Underskrift av firmatecknare
---------------	------------------------------

3. Enskild firma – följande uppgifter måste lämnas

Namn och organisationsnummer på bolaget			
Utbetalningssätt	Bankkonto	Bankgiro	Plusgiro
Underlag bifogas som visar att det bankkonto/bankgiro/plusgiro till vilket regionen betalar ersättning tillhör bolaget (exempelvis kontoutdrag eller intyg från din bank).			
Registerutdrag som visar att bolaget är godkänt för F-skatt.			

OMFATTNING

Härmed intygas att regionens ersättning redovisas som intäkt i ovan angivna firma och att jag äger eller är delägare av firman.

Ort och Datum	Underskrift av firmatecknare
---------------	------------------------------

UPPLYSNINGAR TILL VÅRDGIVARE INOM LOL OCH LOF

Den första delen av blanketten, uppgifter om vårdgivaren med mottagningsadress med mera ska lämnas av alla vårdgivare. Med vårdgivare avses den enskilda fysiska personen som har rätt till ersättning i förhållande till lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, eller lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF.

Din bolagsform avgör vilken ytterligare del av blanketten som du ska fylla i.

De uppgifter som ska lämnas på denna blankett och i bilagor ska säkerställa att regionen betalar ut ersättning till rätt mottagare. Syftet med uppgifterna är också att förhindra felaktiga utbetalningar på grund av att godkänd F-skatt saknas. Registerutdrag om F-skatt kan beställas på Skatteverkets servicetelefon.

Uppgifter om ägare av konto avser det konto till vilket utbetalning av ersättnings görs idag.

Uppgifterna ska lämnas av dig som vårdgivare eller så snart som något förhållande ändras.

Ifylld blankett skickas in till Region Dalarna, Vårdvalsenheten, Vårdval Primärvård, Box 712, 791 29 Falun.

För frågor mejla till vardval.primarvard@regiondalarna.se