

Anmälan om arvodeskategori

1. Uppgifter om verksamheten

Mottagning:	
Namn:	
Personnummer:	
Mottagningsadress:	
Postnummer:	Ort:
E-post:	
Telefon:	

2. Arvodeskategori

Kryssa för vad ansökan avser:

- ☐ Ändring av arvodeskategori till A
- ☐ Ändring av arvodeskategori till B (fyll även i punkt 3-5)
- ☐ Fortsatt placering i arvodeskategori B med nya förutsättningar (fyll även i punkt 3-5)

Villkoren för respektive arvodeskategori återfinns i Lag om ersättning vid fysioterapi (1993:1652) LOF samt Förordning om ersättning vid fysioterapi (1994:1120). Förtydligande finns på PLUS-sidan.

Ändring ska anmälas minst sex månader innan den börjar gälla.

3. Assisterande personal

Antal assisterande personal på verksamheten:
Anställd/anställda som:
Antal timmar totalt för assisterande personal per vecka:
Aktuellt anställningsbevis ¹ , bilaga nr:
Arbetsuppgifter:
Hyresavtal ² , bilaga nr:
Kvitton på utrustning, bilaga nr:

¹ Ska innehålla tjänstgöringsgrad

² Uppgift om hyreskostnad samt information om lokal

4. Antal behandlingsrum

Min etablering förfogar över antal behandlingsrum: _____ st.

5. Kvalificerad utrustning

Antal	Benämning på utrustning

.....

Datum

Underskrift

Ifylld och underskriven blankett med vidimerade kopior skickas till:

Region Dalarna
Vårdval Primärvård, Vårdvalsenheten
Box 712
791 29 FALUN