

Ansökan om uppsägning av tilläggsuppdrag BVC enligt Handbok för Hälsoval Region Gävleborg

Ansökan om uppsägning av tilläggsuppdraget för BVC ska göras 6 månader innan uppdraget avslutas.

Hälsovalskontoret beslutar ensidigt om godkännande av avslutandet uppfyller alla krav.

Sökande

Företagsnamn/Hälsocentral	
Organisationsnummer	
Postadress	
Postnummer och ort	
Telefonnummer till företaget	
e-postadress till företaget	
Kontaktperson för ansökan (namn och befattning)	
Telefonnummer	
e-postadress	

Nuvarande lokalisering av BVC

--

Beskriv avvecklingsplaneringen för upphörandet av uppdraget

Information till föräldrar om upphörande av BVC	
Information till verksamheter i samverkansområdet	
Information till kommunerna	

Inplanerade besök för barn under uppsägningstiden	
Plan för överrapportering av barn till vald BVC	

Underskrift

Ort och datum

Namn behörig person

Namnförtydligande

Beslut om godkännande kommer att tas inom 2 veckor från det att en komplett ansökan inkommit till nedanstående adress.

Ansökan insänds till:

Hälsovalskontoret

Nobelvägen 1

801 88 Gävle

Märk kuverten med Ansökan uppsägning BVC.

Eller till halsoval@regiongavleborg.se