

**Ansökan om att få ingå samverkansavtal
i samband med ersättningsetablering enligt
lagen 1993:1651 om läkarvårdsersättning**

1 (2)

Efternamn, tilltalsnamn		Personnummer	
Telefon	E-postadress		
Adress		Postnummer	Ort

Ansökan avser ansökningsinbjudan, ärende nummer:

Krav enligt 7 - 9 §§ lagen om läkarvårdsersättning

P1				
Jag innehar specialistkompetens inom specialiteten _____				
Jag kommer att inneha specialistkompetens inom specialiteten _____				
Komplettering avseende ovan kommer att lämnas till landstinget senast _____				
P2				
Jag avser att arbeta heltid enligt lagen om läkarvårdsersättning	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
P3				
Jag är anställd inom något landstings hälso- och sjukvård	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Jag är anställd hos ett bolag eller annan juridisk person som landsting har ett rättsligt bestämmande inflytande över ¹	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Om du svarat Ja på ovanstående frågor i detta avsnitt, var god ange nuvarande arbetsplats _____				
Jag kommer att avsluta min anställning om jag erbjuds att teckna samverkansavtal med landstinget <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				

¹ Härmed avses sådana företag som anges i 1 kap. 9 § sekretesslagen (1980:100).

Jag kommer att uppfylla de ovannämnda kraven i punkt 1 - 3 senast vid övertagandet av verksamheten Ja Nej

Sökande kan uteslutas från att delta i ansökningsförfarandet om han eller hon

- är i konkurs eller likvidation, är under tvångsförvaltning eller är föremål för ackord- eller tills vidare har inställt sina betalningar eller är underkastad näringsförbud.
- är föremål för ansökan om konkurs, tvångslikvidation, tvångsförvaltning, ackord eller annat liknande förfarande.
- är dömd för brott avseende yrkesutövningen eller lagakraftvunnen dom.
- har gjort sig skyldig till allvariga fel i yrkesutövningen.
- inte har fullgjort sina åligganden avseende socialförsäkringsavgifter eller skatt i det egna landet eller i det land där upphandlingen sker.

Jag intygar att förhållanden avseende ovan redovisade punkter inte föreligger vid ansökans inlämnande.

**Ansökan om att få ingå samverkansavtal
i samband med ersättningsetablering enligt
lagen 1993:1651 om läkarvårdsersättning**

2 (2)

Härmed ansöker jag om att få ingå samverkansavtal med landstinget enligt ansökningsinbjudan.

Jag erbjuder _____ kr för den aktuella verksamheten.

Jag är medveten om att jag är bunden av min ansökan från ansökningstidens utgång fram till den tidpunkt som angivits i ansökningsinbjudan.

Datum/ort

Underskrift

Till denna ansökan bifogas följande bilagor

- | | |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Skatteverkets blankett 4820 (ej äldre än 3 månader) | Bilaga nr _____ |
| <input type="checkbox"/> Av Socialstyrelsen meddelat bevis om legitimation som läkare (vidimerad kopia) | Bilaga nr _____ |
| <input type="checkbox"/> Av Socialstyrelsen meddelat bevis om specialistkompetens (vidimerad kopia) | Bilaga nr _____ |
| <input type="checkbox"/> Övriga bilagor | |
| _____ | Bilaga nr _____ |
| _____ | Bilaga nr _____ |
| _____ | Bilaga nr _____ |
| _____ | Bilaga nr _____ |