












Upphandlande organisation

Region Västmanland
Caroline Qwarfordt

Upphandling

LOV - Program för primärvård Västmanland
IN-IN21-0113
Sista ansökansdag: 2031-02-25 09:00

Symbolförklaring

-  Texten ingår i annonsen
-  Texten ingår i kvalificeringen
-  Texten kommer att ingå i avtalet
-  Texten kommer att publiceras i avtalskatalogen
-  Texten/frågan innehåller krav som måste uppfyllas
-  Texten/frågan innehåller ESPD-krav
-  Frågan är viktad och ingår i utvärderingen
-  Frågan är viktad och ingår i utvärderingen
-  Frågan ställs endast upplysningsvis
-  Frågan besvaras av upphandlaren
-  Frågan är markerad för särskild uppföljning

4. Företags- och kontaktuppgifter

4.1 Fyll i följande uppgifter



Uppgifter om leverantören- **EN ANSÖKAN PER VÅRD CENTRAL**

a. Huvudman/juridisk person

Fritext



b. Organisationsnummer

Fritext



c. Postadress

Fritext



d. Hemsida

Fritext



e. Firmatecknare

Fritext



f. Kontaktperson för ansökan (namn, telefon och e-post)

Fritext

**g. Kontaktperson för avtal (namn, telefon och e-post)**

Fritext

**h. Lokalisering av vårdcentralen (kommun och kommundel)**

Fritext

**i. Tänkt lokalisering av vårdcentralen (ange adress om lokal finns vid ansökningstillfället)**

Fritext

**j. Vårdcentralens verksamhetschef (namn, telefon och e-post)**

Fritext

**k. Medicinskt ledningsansvarig läkare (namn, telefon och e-post)**

Fritext

**l. Kontaktperson IT (namn, telefon och e-post)**

Fritext

