












Upphandlande organisation

Region Västmanland
Josefine Richter

Upphandling

LOV - Program för primärvård Västmanland
IN-IN21-0113-01
Utkast
Sista ansökansdag: 2031-12-11 13:25

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

