












### Upphandlande organisation

Region Västmanland  
Josefine Richter

### Upphandling

LOV - Medicinsk fotvård  
IN-IN20-0189-01  
Utkast  
Sista ansökansdag: 2031-08-18 14:40

### 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       |  |

## 6. Företags- och kontaktuppgifter

### 6.1 Företagsuppgifter



Fyll i nedanstående uppgifter. Vänligen kontrollera att uppgifterna i TendSign är uppdaterade och överensstämmer med dessa.

#### a. Företagsnamn

Fritext



#### b. Organisationsnummer

Fritext



#### c. Postadress, postnummer och ort

Fritext



#### d. Mottagningens namn

Fritext



#### e. Mottagningens adress

Fritext



**f. Telefonnummer till mottagningen**

Fritext

**g. Mottagningens öppettider**

Fritext

**h. Hemsida (om sådan finns)**

Fritext

**i. Foterapeuter (samtliga foterapeuter som omfattas av uppdraget ska namnges)**

Fritext

**j. Kontaktperson för avtal och verksamhet (namn, telefonnummer, e-post)**

Fritext

**k. Behörig företrädare vid signering av avtal**

Fritext

