












Upphandlande organisation

Region Västmanland
Josefine Richter

Upphandling

LOV Valfrihet inom ortodonti i Region
Västmanland
IN-IN19-0403-01
Publicerad 2021-12-09 08:59
Sista ansökansdag: 2031-07-27 12:07

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 | |

5. Företags- och kontaktuppgifter

5.1 Företagsuppgifter



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

a. Organisationsnamn



Fritext

 Leverantörskommentar tillåten

b. Organisationsnummer



Fritext

 Leverantörskommentar tillåten

c. Postadress, postnummer och ort



Fritext

 Leverantörskommentar tillåten

d. Telefon



Fritext

 Leverantörskommentar tillåten

e. Generell e-post adress



Fritext

Leverantörskommentar tillåten

f. Hemsida



Fritext

Leverantörskommentar tillåten

g. Klinikens namn, postadress, postnummer, ort samt telefon



Fritext

Leverantörskommentar tillåten

h. Behörig företrädare vid tecknande av kontrakt vid elektronisk signatur (kräver konto i ChamberSign med eller utan fullmakt)



Fritext

5.2 Kontaktuppgifter



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

a. Kontaktperson, ansökan (namn, telefonnummer och e-post)



Fritext

Leverantörskommentar tillåten

b. Kontaktperson, avtal (namn, telefonnummer och e-post)



Fritext

Leverantörskommentar tillåten

c. Kontaktperson, klinik (namn, telefonnummer och e-post)



Fritext

Leverantörskommentar tillåten

d. Klinikansvarig/Verksamhetschef/Behandlingsansvarig (namn, telefonnummer och e-post)



Fritext

Leverantörskommentar tillåten

5.3 Tidpunkt för driftstart



Leverantören ska ange tidpunkt för planerad driftstart, när patienter kan tas emot.

Här anges tidpunkt för driftstart åååå-mm-dd

Fritext



5.4 Antal behandlingar



Leverantören ska ange det lägsta antalet behandlingar som denne åtar sig att påbörja per år.

Här anges lägst antal behandlingar per år.

Fritext

