

Beställare		Beställningen gäller för	
Namn		Namn	
HSAid		HSAid	
E-post		E-post	
Telefon		Telefon	
Org.nummer			

Typ av beställning

Ny		Tillägg		Ändra befintlig		Borttag	
----	--	---------	--	-----------------	--	---------	--

Behörighet Vårdgivare – tandvård Barn och Unga

Kliniknamn & kliniknr	Paraplyroll	Allmän tandvård	Specialisttandvård	Ortodontist	FHB	Fakturera
Kliniknamn & kliniknr						

Behörighet Vårdgivare - Vuxentandvård

Kliniknamn & kliniknr	N/S/F ärenden	FHB	Paraplybehörighet	Manuellt fakturera för klinik/företag	Se ärenden relaterade till uppsökande verksamhet	Fakturera utbildning och MHB
Kliniknamn & kliniknr						

Härmed intygas att ovanstående uppgifter är korrekta

Datum och underskrift
Verksamhetschefens namnförtydligande
Telefonnummer verksamhetschef
E-postadress verksamhetschef

Skicka den ifyllda blanketten till Region Västmanland, Tandvårdsenheten, 721 89 Västerås.