

VÅRDGIVARE

Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer (år, mån, dag, nr)
Mottagningens namn	
Mottagningens adress (utdelningsadress, postnummer och postort)	Telefonnummer (även riktnr)
E-mailadress	

HINDER FÖR ATT BEDRIVA VERKSAMHETEN

Omfattningen av din ledighet angiven i procent ☐ 75% ☐ 50% ☐ 25% ☐ %	
Plan för etableringen på sikt:	
☐ Bilaga bifogas	

UPPSKATTAD OMFATTNING AV VIKARIE (I förekommande fall)
Högst 1 år i taget

Fr o m	T o m	Vikariatet avser antal timmar/dagar per vecka:
--------	-------	---

Härmed intygas att jag på grund av ovan angivet skäl kommer att vara verksam enligt lag om läkarvårdsersättning/ersättning för sjukgymnastik i ovanstående omfattning. Vid ändrade förhållanden inkommer jag med förnyad ansökan.

☐ Jag avser **inte** anlita vikarie för den tid då jag själv inte är verksam

☐ Jag avser anlita vikarie för tid då jag själv inte är verksam i min etablering och inkommer med vikariatsansökan separat. Jag är medveten om att begränsningsreglerna om ersättningstak gäller för vikariatsgivarens och anlitade vikaries sammanlagda verksamhet.

.....

.....

Datum

Vårdgivarens namnteckning

REGION KRONOBERGS BESLUT

☐ Ansökan enligt ovan bifalls	☐ Ansökan bifalls för tiden	fr. o m — t o m	Omfattning	%
☐ Ansökan avslås	Motivering			
Datum	Region Kronobergs stämpel och underskrift		Ankomstdatum	

Insändes till Region Kronoberg, Kundvalsenheten, 351 85 Växjö senast en månad innan nedtrappning påbörjas.