

**ANSÖKAN om tillfälligt vikariat
- läkare/fysioterapeuter**
VIKARIATSGIVARE

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

HINDER FÖR ATT DRIVA VERKSAMHET – handling som styrker frånvaron bifogas (vid tjänstledighet skall anledning anges)

--

OMFATTNING

Vikariatet avser tiden fr. o m — t o m (vid sjukdom m m kan denna uppgift lämnas senare)	Ange omfattning i %
---	---------------------

Begränsningen i 17 § Lag om läkarvårdsersättning (1993:1651) alternativt 17 § Lag om ersättning för fysioterapi (1993:1652) gäller för dig och vikariens sammanlagda verksamhet i mottagningen.

☐ Härmed intygas att jag på grund av ovan angivet skäl inte kommer att vara verksam i läkar/fysioterapimottagningen.

.....
(Datum)

.....
(vikariatsgivarens namnteckning)

VIKARIATSTAGARE

Efternamn och tilltalsnamn		Personnummer (år, mån, dag, nr)
Utdelningsadress		Postnummer och postort
Telefonnummer (även riktnr)		Mailadress
☐ Vikarien har för avsikt att inkomma med kompetensbevis för bedömning av rätten till Särskilt Arvode (gäller endast fysioterapeut)		
Legitimation år	Specialkompetens – gren av läkarvetenskap och år - (gäller endast läkare)	
☐ Kompetensbevis bifogas		

Härmed intygas att jag kommer att vara verksam i läkar-/fysioterapimottagningen endast under den tid vikariatsgivaren är förhindrad att arbeta i mottagningen samt att jag åtar mig att följa bestämmelserna i Lag om läkarvårdsersättning (1993:1651) alt. Lag om ersättning för fysioterapi (1993:1652) och dess förordningar.

Jag är medveten om att begränsningsregeln i 17 § Lag om läkarvårdsersättning (1993:1651) alt. 17 § Lag om ersättning för fysioterapi (1993:1652) gäller för den sammanlagda verksamheten i vikariatsgivarens mottagning.

.....
Datum

.....
(Vikariatstagarens namnteckning)

Region Kronobergs beslut

☐ Ansökan bifalls tills vidare		☐ Ansökan bifalls för tiden		fr. o m — t o m
☐ Ansökan avslås				
Datum		Region Kronobergs stämpel och underskrift		Ankomstdatum

Insändes till Region Kronoberg, Kundvalsenheten, 351 85 Växjö, senast två veckor innan vikariatet påbörjas.