

**Uppsägning av rätten till ersättning enligt lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning
samt besked om verksamhetsavveckling**

Efternamn, tilltalsnamn		Personnummer
Av regionen tilldelad vårdgivarkod	Telefon	E-postadress
Adress		Postnummer Ort

Min rätt till ersättning enligt lagen är reglerad	
☐ i samverkansavtal	☐ enligt övergångsbestämmelser till lagen om läkarvårdsersättning

Verksamheten

Vilken Specialitet gäller för verksamheten	
Nuvarande omfattning av min verksamhet	
Jag arbetar idag	
☐ heltid	☐ deltid, omfattning _____ %
☐ Jag är inte aktiv	
Om verksamheten inte drivs på heltid, ange skäl till det:	
Verksamhetens Namn:	Org.nr:
Avsikt	
☐ Med anledning av att jag överlåtitt verksamheten till _____	
☐ Med anledning av _____	
avvecklar jag min verksamhet och säger härmed upp min rätt till ersättning enligt Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning från och med _____	
☐ Uppsägningen gäller ärendenummer: _____	
☐ Uppsägningen saknar ärendenummer	
Övriga upplysningar	

Härmed säger jag upp min rätt till ersättning enligt Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning och avslutar mitt samverkansavtal med Region Kronoberg.

_____	_____
Ort	Underskrift

_____	_____
Datum	Namnförtydligande

Datum	Region Kronobergs stämpel och underskrift	Ankomstdatum

Insändes till Region Kronoberg, Kundvalsenheten, 351 85 Växjö