

**Uppsägning av rätten till ersättning enligt Lag (1993:1652) om ersättning för Fysioterapi
samt besked om avveckling av verksamhet**

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 ersättning för fysioterapi

Verksamheten

Vilken arvodeskategori gäller för verksamheten	
☐ Arvodeskategori A	☐ Arvodeskategori B
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 överlåtit verksamheten till _____	
☐ Med anledning av _____	
avvecklar jag min verksamhet och säger härmed upp min rätt till ersättning enligt Lag (1993:1652) om ersättning för Fysioterapi från och med _____	
☐ Uppsägningen gäller ärendenummer: _____	
☐ Uppsägningen saknar ärendenummer	
Övriga upplysningar	

Härmed säger jag upp min rätt till ersättning enligt Lag (1993:1652) om ersättning för Fysioterapi 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