**Avsluta användning av Webbformulär (Blankett 3)**

Först efter digital signering upphör fakturering av tjänsten.

Ingen kreditering sker för innevarande period

## Uppgifter om vårdenhet

|  |  |
| --- | --- |
| HSA-ID |  |
| Namn |  |

## Lokal förvaltning

Ange vem som sköter/skötte er support tex (CGM eller acceptus):

|  |
| --- |
|  |

## Underskrift verksamhetschef eller behörig firmatecknare

|  |  |
| --- | --- |
| Datum |  |
| Namn |  |
| Personnummer (behövs för regionens digitala signering) |  |
| Befattning |  |
| E- postadress |  |

Underskrift:

## Skicka

Ifylld blankett skickas in till RVLP på Karolinska Universitetssjukhuset i huvudsak via e-post: [rvlp@regionstockholm.se](mailto:rvlp@regionstockholm.se) alt via post till;

Karolinska Universitetssjukhuset  
Stab Vårdstöd-Regional Vård & läkemedelsprocess  
Princeton pl 5.  
SE-171 76 Stockholm