**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 alt via post till;

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