Diarienummer

**Uppsägning av TakeCare**

|  |
| --- |
| Motivering/anledning till uppsägning: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vårdgivarinformation | |  | |
| Vårdgivarnamn (enligt bolagsverket) | |  | |
| Organisationsnummer: | |  | |
| Vårdenhetens ID i TakeCare | |  | |
| Vårdenhetsnamn (som framgår i Takecare) | |  | |
| Kundnummer | |  | |
| Avtalsnummer (Karolinskas diarienummer) | |  | |
| Ange datum för när verksamheten upphör *(om detta är anledningen)* | |  | |
| VD eller firmatecknareNamn | Ort  Datum | | Personnummer för digital signering |
| E-postadress | mobil nr | |  |

Ifylld blankett skickas in via e-post till [rvlp@regionstockholm.se](mailto:rvlp@regionstockholm.se)