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 firmatecknare Namn      | Ort      Datum       | Personnummer för digital signering       |
| E-postadress       | mobil nr       |  |

 Ifylld blankett skickas in via e-post till rvlp@regionstockholm.se