

ANSÖKAN

Vårdval Norrbotten

1 Leverantörsuppgifter

Detta dokument ska besvaras och undertecknas av leverantören

Leverantör	
Organisationsnummer	
Postadress:	
Telefon:	
Webbplats:	

<i>Behörig företrädare i samband med ansökan</i>	
--	--

<i>Behörig företrädare i samband med tecknande av kontrakt</i>	
--	--

Kontaktperson 1, ansvarig för ansökan	
Befattning	
Mobil:	
Telefon:	
Telefax:	
E-post:	

Kontaktperson 2, ansvarig för kontraktet	
Befattning	
Mobil:	
Telefon:	
Telefax:	
E-post:	

<i>E-postadress för utskick av upplysning om beslut</i>	
---	--

2 Ansökansföreskrifter

Ansökande leverantör har tagit del av föreskrifterna i gällande Beställning Primärvård och lämnar nedanstående redovisning.

<i>Punkt</i>	<i>Krav</i>	<i>Uppfylls / accepteras</i>	<i>Anmärkning/kommentar</i>	<i>Bilaga</i>
2.7	<i>Uppgift om verksamhetschef</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>		
2.7	<i>Preliminär driftstart och listning</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>		
2.7	<i>Geografisk placering</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>		
2.7	<i>Beskrivning av ledningssystem</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>		
2.7	<i>Rutiner Lex Maria</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>		
2.7	<i>Jouråtagande</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>		
2.7	<i>Beskrivning teknisk kapacitet och förmåga Meritförteckning bifogas</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>		
2.7	<i>Ekonomisk information</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>		
2.7	<i>Information som avser underleverantör</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>		
2.7	<i>Dokumentation som avser företag under bildande</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>		

3 Vårdval Norrbotten - regelverk

Ansökande leverantör har tagit del av föreskrifterna i gällande Beställning Primärvård och lämnar nedanstående redovisning.

<i>Punkt</i>	<i>Krav</i>	<i>Uppfylls /accepteras</i>	<i>Anmärkning/kommentar</i>	<i>Bilaga</i>
<i>Kapitel 3</i>	<i>Kommersiella villkor</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>		
<i>Kapitel 4</i>	<i>Vårdval Norrbotten – primärvårduppdrag</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>		
<i>Kapitel 5</i>	<i>Uppföljning</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>		
<i>Kapitel 6</i>	<i>Samverkan</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>		
<i>Kapitel 7</i>	<i>Listning av patienter – grundprinciper</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>		
<i>Kapitel 8</i>	<i>Information och marknadsföring</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>		
<i>Kapitel 9</i>	<i>IT och medicinsk teknik</i>	<input type="checkbox"/> <i>Ja</i>		

4 Underskrifter

Härmed intygas att lämnade uppgifter i denna ansökan är sanningsenliga.

Ort och datum

.....
Anbudsgivarens underskrift

.....
Namnförtydligande