

# ANSÖKAN OM GODKÄNNANDE INOM LOV TANDREGLERING BARN OCH UNGA

Ansökan kan fyllas i elektroniskt men måste sedan skrivas ut för underskrift. Den lämnas eller skickas till Region Uppsalas Upphandlingsenhet.

Märk kuvertet med ”LOV tandreglering”

Om leverantör avser att ansöka om godkännande för flera mottagningar lämnas en ansökan per mottagning.

## Leverantör som ansöker om godkännande

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <i>Företagsnamn</i>           |  |
| <i>Organisationsnummer*</i>   |  |
| <i>Postadress</i>             |  |
| <i>Postnummer och ort</i>     |  |
| <i>Telefonnummer</i>          |  |
| <i>E-postadress</i>           |  |
| <i>Kontaktperson</i>          |  |
| <i>Telefonnummer (direkt)</i> |  |
| <i>E-postadress (direkt)</i>  |  |

\*Organisationsnummer:

- För aktiebolag uppge organisationsnummer
- För handels- och kommanditbolag uppge dels bolagets organisationsnummer dels deltagarnas organisations- eller personnummer
- För enskild firma uppges personnummer

## Lokalisering

Leverantören skall ange adress där mottagningen planeras vara lokaliserad.

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <i>Företagsnamn</i>       |  |
| <i>Postadress</i>         |  |
| <i>Postnummer och ort</i> |  |

## Ansökan omfattar nedanstående vårdområde

|                                 |                          |
|---------------------------------|--------------------------|
| <b>Avtalsområde</b>             | <b>Önskad Driftstart</b> |
| LOV tandreglering barn och unga | 2021-____-_____          |

**Ortodontister som arbetar inom Avtalet**

| Namn | Personnummer |
|------|--------------|
|      |              |
|      |              |
|      |              |
|      |              |

Kopia på legitimation och intyg om specialistkompetens ska skickas med i ansökan.

**Krav för godkännande****Ekonomisk stabilitet**

För att Regionen ska kunna bedöma om Leverantören uppfyller kravet på ekonomisk stabilitet ska nedan handlingar skickas in till Regionen. Utländsk leverantör ska insända motsvarande dokumentation som intyg på att denna fullgjort i hemlandet föreskrivna registreringar och betalningar.

**Intyg från myndigheter:**

Skatteverket och registreringsbevis:

”Begäran/Svar offentliga uppgifter”, Skatteverkets blankett SKV 4820. Den ska vara ifylld av Skattemyndigheten. Intyget ska inte vara äldre än tre (3) månader. Gäller ej nybildat företag.

Intyg bifogas anmälan:      Ja      Nej

Kopia på det vid ansökan gällande registreringsbevis utfärdat av behörig officiell myndighet (i Sverige Bolagsverket), högst sex månader gammalt.  
Kravet gäller inte för enskild firma som istället ska lämna kopia på F-Skattsedel.

Intyg bifogas anmälan:      Ja      Nej

**Övriga intyg:**

Leverantören ska styrka kraven angående kompetens, erfarenhet och personal, med kursintyg och betyg som bifogas ansökan.

Intyg bifogas anmälan:      Ja      Nej

**Finansiell och ekonomisk ställning:**

Bedömning av kreditvärdighet

Av kreditupplysningsinstitut lämnat intyg som visar riskklass lägst ”Upplysningscentralen AB riskklass 3” eller motsvarande (får ej vara äldre än 3 månader).

Intyg bifogas anmälan:      Ja              Nej

Ifylls om tillämpligt:

Leverantör som är ensamföretagare/enskild firma ska visa att företaget har en stabil ekonomisk bas genom att tillhandahålla resultaträkning och balansräkning eller på begäran lämna referens till bank eller annan finansiär.

Intyg bifogas anmälan:      Ja              Nej

Ifylls om tillämpligt:

Leverantör som har ett nystartat företag ska visa att företaget har en stabil ekonomisk bas genom att redovisa aktiekapital/annat, eller på begäran tillhandahålla en finansiell säkerhet (t.ex. lämna bankgaranti eller koncerngaranti) samt på begäran kunna redovisa referens till bank eller annan

Intyg bifogas anmälan:      Ja              Nej

**Utdrag ur vårdgivarregistret**

Leverantören intygar med sin underskrift nedan att verksamheten kommer att anmälas till vårdgivarregistret enligt 2 kap 1–3 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) och att ett utdrag från vårdgivarregistret kommer att sändas till Region Uppsala senast en vecka innan verksamheten startar

Intyg bifogas anmälan:      Ja              Nej

**Uteslutning av leverantörer**

Leverantören ska genom sanningsförsäkran nedan intyga att denne inte befinner sig i någon av de omständigheter som framgår enligt LOV (2008:962) 7 kap 1 §. Underskrift i slutet av dokumentet styrker sanningsförsäkran. Leverantören intygar att förhållanden enligt LOV (2008:962) 7 kap 1 § inte föreligger vid anbudslämnandet.

Intyg bifogas anmälan:      Ja              Nej

Undertecknad Leverantör ska åta sig att ingå det avtal för godkännande av mottagning om återfinns i kapitel 2 i Förfrågningsunderlaget och därvid följa förfrågningsunderlaget för den verksamhet som ska bedrivas.

Undertecknad Leverantör ska försäkra Regionen att denne är medveten om att Regionen kan återkalla godkännandet för en mottagning om Leverantören inte uppfyller villkoren för att bedriva mottagningen.

## Underskrift

Ort

Datum

---

Underskrift

---

Namnförtydligande (firmatecknare)

---

Om Leverantören som ansöker om godkännande inte har möjlighet att i samband med ansökan redovisa samtliga begärda uppgifter ska det till ansökan bifogas en redogörelse för orsaken till detta och en plan för när handlingarna kommer att kompletteras. Ett beslut kommer att fattas om godkännande när Leverantören kompletterat med samtliga handlingar.

Om Leverantören inte inom tre månader kan visa att återstående krav är uppfyllda kommer ett beslut om att inte bifalla ansökan att fattas.

Beslut om godkännande kommer att tas inom två månader (tre månader under sommarperioden) från det att en komplett ansökan inkommit till:

Region Uppsala  
Upphandlingsenheten  
Box 602  
751 25 UPPSALA

Besöksadress: Regionkontoret, Storgatan 27, Uppsala.

Eventuella frågor angående denna upphandling skall ske skriftligen eller genom e-post till:  
[Upphandling@region uppsala.se](mailto:Upphandling@region uppsala.se)

För frågor om uppdragets innehåll kontaktas Region Uppsalas Hälso- och sjukvårdsavdelning via [tandreglering@region uppsala.se](mailto:tandreglering@region uppsala.se)