

## Ansökan om ändring av arvodeskategori - LOF

### Uppgifter om verksamheten

Mottagning:	Vårdgivarkod:
Namn:	
Personnummer:	
Mottagningsadress:	
Postnummer:	Ort:
E-post:	
Telefon:	

### Ändring av arvodeskategori

Ansökan avser ändring av arvodeskategori till:	A	B
--	---	---

### Assisterande personal

Antal assisterande personal på verksamheten:	
Anställd/anställda som:	
Antal timmar <b>totalt</b> för assisterande personal per vecka:	
Aktuellt anställningsbevis, bilaga nr:	
Revisionsintyg, bilaga nr:	
Hyresavtal, bilaga nr:	
Registreringsbevis från Bolagsverket, bilaga nr:	

### Regionkontoret

Storgatan 27 | Box 602 | 751 25 Uppsala | tfn vx 018-611 00 00 | fax 018-611 60 10 | org nr 232100-0024

[www.regionuppsala.se](http://www.regionuppsala.se)

Antal behandlingsrum	
----------------------	--

**Kvalificerad utrustning**

Antal	Benämning på utrustning

.....  
**Datum**      **Underskrift**

Ifylld och underskriven blankett med vidimerade kopior skickas till:

Regionkontoret, Hälso- och Sjukvårdsavdelningen  
Region Uppsala  
Storgatan 27  
753 31 Uppsala

Villkoren för respektive arvodeskategori återfinns i Lag om ersättning vid fysioterapi (1993:1652) LOF samt Förordning om ersättning vid fysioterapi (1994:1120).

**Regionkontoret**

Storgatan 27 | Box 602 | 751 25 Uppsala | tfn vx 018-611 00 00 | fax 018-611 60 10 | org nr 232100-0024

[www.region uppsala.se](http://www.region uppsala.se)