

# UPPSÄGNING av rätten till ersättning – läkare/fysioterapeut

## LÄKARE/FYSIOTERAPEUT VERKSAM ENLIGT LOL/LOF

Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer
Mottagningsadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	
E-post	Telefonnummer

## UPPSÄGNINGEN AVSER

Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL ange specialitet:
Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF

## ANLEDNING TILL UPPSÄGNING

Verksamhet överläts till (sk ersättningsetablering):
Annan anledning än överlåtelse av verksamhet:

## DATUM FÖR UPPSÄGNING

Beräknat datum för uppsägning av rätt till ersättning
---

När blanketten är påskriven av innehavaren av etableringen samt ansvarig företrädare vid Region Uppsala kan beslutet om att etableringen upphör **inte återkallas**.

Sista faktura/betalfil skickas till Region Uppsalas resurscentrum senast två veckor efter ovan angivet datum. Därefter finns ingen rätt att kräva ytterligare ersättning från Region Uppsala.



Region Uppsala

Datum

Läkare/fysioterapeuts namnteckning

-----

-----

Datum

Ansvarig handläggares underskrift

Insändes till: Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Regionkontoret, Box 602, 751 25 Uppsala eller till [stab.hsa@region uppsala.se](mailto:stab.hsa@region uppsala.se)