

Anslutningsavtal

Undertecknande tandläkare väljer att arbeta med allmäntandvård för barn och unga och teckna anslutningsavtal med Region Uppsala. Genom anslutningsavtalet förbinder jag mig att följa villkoren i vid varje tidpunkt gällande regelverket för allmäntandvård för barn och unga. När detta anslutningsavtal är undertecknat upphör tidigare avtal att gälla.

.....
Tandläkarpraktikens namn (firmanamn)

.....
Adress

.....
Postnummer och postadress

.....
E-postadress

.....
Telefon/mobil

.....
Organisationsnummer

.....
Plusgiro

.....
Bankgiro

Ange inloggning ni ska använda:

Siths/E-tjänstekort HSA-id

OBS! Markera i rutorna nedan innan du skriver under. Undertecknad ...

- är medlem i Sveriges Privattandläkarförenings Lokalavdelning i Uppsala
- är medlem i annat läns privattandläkarförening och ansluten till Sveriges Privattandläkarförenings
- Lokalavdelning i Uppsala
- är ej medlem i Sveriges Privattandläkarförenings Lokalavdelning i Uppsala är ansluten till Praktikertjänst

Kopia av F-skattebevis bifogas avtalet (gäller inte tandläkare ansluten till Praktikertjänst)

.....
Ort

.....
Datum

.....
Namnförtydligande

Anslutningsavtalet skickas till Region Uppsalas ledningskontor, Vårduppdrag, 751 85 Uppsala. Det går bra att maila till funktionsbrevlåda intyg.tandvard@region uppsala.se.