

## 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 vilken inloggning ni ska använda:**

- E-legitimation, personnummer .....
- SITHS/E-tjänstekort HSA-id .....

**OBS!** Markera i rutor 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 ej tandläkare ansluten till Praktikertjänst)**

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Namnförtydligande

Anslutningsavtalet skickas till Regionkontoret, Vårduppdrahsenheten, Box 602, 751 25 Uppsala.  
Det går bra att maila till [intyg.tandvard@region uppsala.se](mailto:intyg.tandvard@region uppsala.se)

### 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)