

Formulär för registrering av ny mottagning i Tandvårdsenhetens IT-system

Formuläret ska fyllas i digitalt

Namn på vårdgivaren	
Företagsnamn (vårdgivare):	

Information om mottagningen	
Namn på mottagning:	
Postadress:	
Postnummer:	
Telefonnummer:	
E-post:	
Kostnadsställe/ansvarsenhetsnr:	
Fullständigt HSA-ID (t.ex. SE2321000016-XXXX)	
Försäkringskassans Klinik-ID:	

Information om verksamhetschef	
För- och efternamn:	
Telefonnummer:	
E-post:	

Information om kontaktperson för ansökan	
För- och efternamn:	
Telefonnummer:	
E-post:	

Ifyllt formulär skickas till Tandvårdsenheten.

tandvardsenheten@regionorebrolan.se

Region Örebro län
Tandvårdsenheten
Box 1613
701 16 Örebro

Vid eventuella frågor kontakta Tandvårdsenheten via e-post
tandvardsenheten@regionorebrolan.se eller på telefonnummer 019-602 71 78, 019-602 71 88