

## Formulär för registrering av ny vårdgivare i Tandvårdsenhetens IT-system

Formuläret ska fyllas i digitalt

Information om vårdgivaren	
Företagsnamn (vårdgivare):	
Organisationsnummer:	
Företagets postadress:	
Postnummer och ort:	
Telefonnummer:	
E-post:	
BG eller PG:	

Information om mottagningen	
Namn på mottagning:	
Postadress:	
Postnummer:	
Telefonnummer:	
E-post:	
Kostnadsställe/ansvarshetsnr:	
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](mailto:tandvardsenheten@regionorebrolan.se)

Region Örebro län  
Tandvårdsenheten  
Box 1613  
701 16 Örebro

Vid eventuella frågor kontakta Tandvårdsenheten via e-post  
[tandvardsenheten@regionorebrolan.se](mailto:tandvardsenheten@regionorebrolan.se) eller på telefonnummer 019-602 71 78, 019-602 71 88