Rensa formulär

Överenskommelse gällande personalköp mellan kommun[1] (säljare) och NU-sjukvården (köpare) vid inläggning av patient

SÄLJARE

Kommun:_____

Enhet: _____

Patientens namn och personnr:

_____

_____

Gällande tider:_____

_____

Ansvarig chef

Tfn:_____

KÖPARE

Vårdinrättning: _____

Fakturaadress:_____

_____

_____

_____

Beställar-ID:_____

_____

Ansvarig chef

Tfn: _____

Arbetsmiljöansvaret för personalen åligger köparen. Köparen ansvarar ytterst för att lösa personalbehovet. Säljaren har alltid rätt att säga nej till en beställning.

ANSVARIG KÖPARE INOM NU-SJUKVÅRDEN

Datum:_____

Titel: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande:_____

Tfn: _____

[1] Kommun eller motsvarande annan aktör.