

# Ansökan om filial inom Vårdval Rehab

Namn på rehabenhet
Adress till rehabenhet
Namn på verksamhetschef
E-post till verksamhetschef
Namn på filial
Adress till filial
Beskriv nedan lokalerna och hur de uppfyller tillgänglighetskraven

Beskriv nedan vilken verksamhet som ska bedrivas

Ange bemanning

Ange öppettider

Planerat startdatum för filial

Ort, datum

---

Underskrift av verksamhetschef

---

Namnförtydligande

---

Ifylld blankett mejlas till: [hsn@vgregion.se](mailto:hsn@vgregion.se)