

Ansökan om kontraktsöverlåtelse enligt Krav- och Kvalitetsboken inom Vårdval Vårdcentral och Vårdval Rehab

Om du har frågor gällande ansökan om kontraktsöverlåtelse enligt Krav- och Kvalitetsboken inom Vårdval Vårdcentral kontakta: vgprimarvard@vgregion.se

Om du har frågor gällande kontraktsöverlåtelse enligt Krav- och Kvalitetsboken inom Vårdval Rehab kontakta: vardval.rehab@vgregion.se

Vårdenhet som ansökan om kontraktsöverlåtelse avser (markera med ett X)

☐ Vårdval Vårdcentral

☐ Vårdval Rehab

Namn på vårdenheten	
Namn på bolaget som innehar kontraktet – hela juridiska namnet med bolagsform	Organisationsnummer
Planerat datum för kontraktsöverlåtelse	
Namn på bolaget som ska överta kontraktet – hela juridiska namnet med bolagsform	Organisationsnummer

Kontaktperson för ansökan

Namn
Telefon
E-post

Beskriv kontraktsoverlåtelsen (Ange tex skäl, andel, tidpunkt)

Beskriv kontraktsoverlåtelsens konsekvenser

(Ange tex konsekvenser för verksamhet, patienter/invånare, lokaler, IT, personal, verksamhetschef, medicinskt ansvarig mm.)

Beskriv ägarförhållanden till överlåtande bolag /nuvarande kontraktsinnehavare

(t ex antal aktier, nominellt värde, röstvärde mm. Namn, personnr och organisationsnummer för ägarna till aktierna, Bifoga kopia av aktieboken)

Beskriv ägarförhållanden till bolaget ni överlåter till/kommande kontraktsinnehavare

(t ex antal aktier, nominellt värde, röstvärde mm. Namn, personnr och organisationsnummer för ägarna till aktierna, Bifoga kopia av aktieboken)

Följande handlingar skickas in till Västra Götalandsregionen

Bocka för att du har bifogat:

Aktuella registreringsbevis för

- ☐ Nuvarande kontraktsinnehavare
☐ Kommande kontraktsinnehavare

Senast fastställda årsredovisning för

- ☐ Nuvarande kontraktsinnehavare
☐ Kommande kontraktsinnehavare

Kreditupplysning för

- ☐ Nuvarande kontraktsinnehavare
☐ Kommande kontraktsinnehavare

Aktiebok för

- ☐ Nuvarande kontraktsinnehavare
☐ Kommande kontraktsinnehavare

- ☐ Koncernskiss/Organisationsskiss före och efter kontraktsöverlåtelsen

☐ Jag är medveten om att när Västra Götalandsregionen godkänt kontraktsöverlåtelsen inom Vårdval Vårdcentral ankommer det på den nya kontraktsinnehavaren att lämna information till anslutna invånare (listade invånare).

Underskrift nuvarande kontraktsinnehavare (obligatorisk)

Ort och datum

Underskrift av firmatecknare

Namnförtydligande

Underskrift kommande kontraktsinnehavare (obligatorisk)

Ort och datum

Underskrift av firmatecknare

Namnförtydligande

**Underskriven ansökan scannas in
och skickas till: HSS@vgregion.se**

**Om underskriven ansökan inte kan
skickas digitalt, skicka den till:
Diariet
Stationsgatan 3
541 30 Skövde**