

## Uppsägning av avtal i Vårdval Stockholm

Uppsägningstiden är sex månader. Avtalets handläggare återkopplar till mottagningens verksamhetschef när uppsägningsblanketten är inkommen. Ifylld och underskriven blankett postas till:

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen  
Registrator  
Box 6909  
102 39 Stockholm

### Vilket avtal avser uppsägningen?

Vårdavtal enligt LOV	
----------------------	--

### Avser uppsägning hela eller del av avtalet?

Hela avtalet   
Del av avtalet

Om del av avtal, ange vilken del här	
--------------------------------------	--

### Avtalspart

Vårdgivare/företag	
Mottagningens namn	
Avtals/ADA-nummer	
Diarienummer	HSN
Verksamhetschef namn	
Verksamhetschef e-post	

Önskat datum för avtalets upphörande	
Skäl till avtalets upphörande	

\_\_\_\_\_  
Underskrift av behörig företrädare för vårdgivaren

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande