

ANMÄLAN

läkemedelsassisterad behandling
vid opioidberoende

Datum

.....

Inspektionen för vård och omsorg

Anmälan avser

<input type="checkbox"/> nyinrättad verksamhet	Fr.o.m.
<input type="checkbox"/> ändring av tidigare lämnade uppgifter	Fr.o.m.
<input type="checkbox"/> nedläggning av verksamhet	Fr.o.m.

Vårdgivare

Namn

Verksamhet

Namn	Arbetsplatskod
Utdelningsadress	
Postnummer	Postort
Besöksadress (om annan än utdelningsadress)	
Telefonnummer (inkl. riktnummer)	E-postadress

Verksamhetschef

Namnunderskrift	Namnförtydligande
-----------------	-------------------