

Datum

.....

**Socialstyrelsen** **Begäran om återkallelse av tillstånd att bedriva  
nationell högspecialiserad vård**

Specifisering av vilken vård som återkallelsen gäller

**Landsting som begär återkallelse**

Namn	
Utdelningsadress	
Postnummer	Postort
Kontaktperson	
Telefon	E-postadress

**Verksamhet**

Sjukhus
Enhet
Verksamhetschef

**Om vården utförs av någon annan än landstinget**

Privat vårdgivare	
Utdelningsadress	
Postnummer	Postort

Av 5 kap. 2 § framgår att en avvecklingsplan ska fogas till begäran om återkallelse.