

Skicka blanketten till  
Försäkringskassan  
901 81 Umeå

Fyll i blanketten digitalt, skriv ut den och skicka in per post med firmatecknarens underskrift.

Bifoga följande underlag:

- Registerutdrag från Skatteverket om godkänd F-skatt.
- Underlag som visar att ni har en lokal att bedriva tandvårdsverksamhet i, exempelvis kopia på hyreskontrakt, arrendeavtal eller överlåtelseavtal. Om det tidigare inte bedrivits tandvård i lokalen behövs även bygglovshandlingar.
- Kopia på tandläkares/tandhygienists legitimation från Socialstyrelsen.

Ni måste också fylla i blankett 7002 Ansökan om anslutning till Tandvårdsportalen - mottagning. Alla vårdgivare som vill vara anslutna till Försäkringskassans elektroniska system måste ha minst en ansluten mottagning.

Om antalet fält inte räcker till under någon av punkterna kan ni fortsätta fylla i uppgifterna i en ny blankett.

Det kan ta upp till 30 dagar innan ni får ett beslut.

### 1. Vårdgivare

Företagets namn		Organisationsnummer
Postadress	Postnummer och ort	
Typ av vårdgivare <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Region		

### 2. Önskat datum för anslutning

Anslutningen kan tidigast beviljas från den dag blanketten kommer in till Försäkringskassan.

Datum
-------

### 3. Kontaktperson

Skriv vem eller vilka som ska sköta kontakten med Försäkringskassan. Kontaktpersonen behöver inte vara den som har det yttersta ansvaret för verksamheten.

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Telefon	E-post	

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Telefon	E-post	

#### 4. Firmatecknare och personer med väsentligt inflytande över verksamheten

Här lämnar ni uppgifter om alla personer med väsentligt inflytande över verksamheten.

Lämna uppgifter om följande personer:

- I **aktiebolag** och **ekonomiska** föreningar den verkställande direktören (om det finns en sådan), samtliga styrelseledamöter och styrelsesuppleanter samt andra personer som genom ledande ställning eller på annat sätt har ett bestämmande inflytande över verksamheten, till exempel personer med generalfullmakt.  
I **aktiebolag** och **ekonomiska** föreningar som är fåmansföretag enligt 56 kap. 2 §, inkomstskattelagen (1999:1229) ska också samtliga delägare anges.
- I **kommanditbolag** och andra **handelsbolag** ska samtliga bolagsmän och andra personer som genom ledande ställning eller på annat sätt har ett bestämmande inflytande över verksamheten anges, till exempel personer med generalfullmakt.
- I **enskilt bedriven verksamhet** den enskilde näringsidkaren.

Ni ska dessutom, oavsett bolagsform, ange

- verksamhetschefer (klinikchefer) i er verksamhet som ska finnas i enlighet med 16a § tandvårdslagen (1985:125).
- samtliga behandlande tandläkare eller tandhygienister hos vårdgivaren, om de är tio eller färre.
- om personen är firmatecknare.

Svara också ja eller nej på frågan om personen som ni lämnar uppgift om tidigare har varit vårdgivare, eller varit verksam hos en vårdgivare som var ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd.

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Roller <input type="checkbox"/> Tandläkare <input type="checkbox"/> Verklig huvudman <input type="checkbox"/> Tandhygienist <input type="checkbox"/> Delägare <input type="checkbox"/> Verksamhetschef <input type="checkbox"/> Verkställande direktör <input type="checkbox"/> Styrelseledamot <input type="checkbox"/> Bolagsman <input type="checkbox"/> Suppleant <input type="checkbox"/> Enskild näringsidkare <input type="checkbox"/> Annan roll: _____		
Är personen firmatecknare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Har personen tidigare varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till det statliga tandvårdsstödet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Roller <input type="checkbox"/> Tandläkare <input type="checkbox"/> Tandhygienist <input type="checkbox"/> Verksamhetschef <input type="checkbox"/> Styrelseledamot <input type="checkbox"/> Suppleant		
<input type="checkbox"/> Verklig huvudman <input type="checkbox"/> Delägare <input type="checkbox"/> Verkställande direktör <input type="checkbox"/> Bolagsman <input type="checkbox"/> Enskild näringsidkare <input type="checkbox"/> Annan roll: _____		
Är personen firmatecknare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Har personen tidigare varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till det statliga tandvårdsstödet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Roller <input type="checkbox"/> Tandläkare <input type="checkbox"/> Tandhygienist <input type="checkbox"/> Verksamhetschef <input type="checkbox"/> Styrelseledamot <input type="checkbox"/> Suppleant		
<input type="checkbox"/> Verklig huvudman <input type="checkbox"/> Delägare <input type="checkbox"/> Verkställande direktör <input type="checkbox"/> Bolagsman <input type="checkbox"/> Enskild näringsidkare <input type="checkbox"/> Annan roll: _____		
Är personen firmatecknare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Har personen tidigare varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till det statliga tandvårdsstödet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Roller <input type="checkbox"/> Tandläkare <input type="checkbox"/> Tandhygienist <input type="checkbox"/> Verksamhetschef <input type="checkbox"/> Styrelseledamot <input type="checkbox"/> Suppleant		
<input type="checkbox"/> Verklig huvudman <input type="checkbox"/> Delägare <input type="checkbox"/> Verkställande direktör <input type="checkbox"/> Bolagsman <input type="checkbox"/> Enskild näringsidkare <input type="checkbox"/> Annan roll: _____		
Är personen firmatecknare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Har personen tidigare varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till det statliga tandvårdsstödet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Roller <input type="checkbox"/> Tandläkare <input type="checkbox"/> Verklig huvudman <input type="checkbox"/> Tandhygienist <input type="checkbox"/> Delägare <input type="checkbox"/> Verksamhetschef <input type="checkbox"/> Verkställande direktör <input type="checkbox"/> Styrelseledamot <input type="checkbox"/> Bolagsman <input type="checkbox"/> Suppleant <input type="checkbox"/> Enskild näringsidkare <input type="checkbox"/> Annan roll: _____		
Är personen firmatecknare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Har personen tidigare varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till det statliga tandvårdsstödet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Roller <input type="checkbox"/> Tandläkare <input type="checkbox"/> Verklig huvudman <input type="checkbox"/> Tandhygienist <input type="checkbox"/> Delägare <input type="checkbox"/> Verksamhetschef <input type="checkbox"/> Verkställande direktör <input type="checkbox"/> Styrelseledamot <input type="checkbox"/> Bolagsman <input type="checkbox"/> Suppleant <input type="checkbox"/> Enskild näringsidkare <input type="checkbox"/> Annan roll: _____		
Är personen firmatecknare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Har personen tidigare varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till det statliga tandvårdsstödet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

## 5. Vårdgivaradministratörer av Tandvårdsportalen

Minst en person ska vara registrerad som vårdgivaradministratör i Tandvårdsportalen.

Vårdgivaradministratören kan se alla mottagningar som är knutna till vårdgivaren och ändra vissa kontaktuppgifter till vårdgivaren och mottagningarna. Hen kan också söka fram uppgifter i Tandvårdsportalen, till exempel om patienter, patientbesök eller betalningsspecifikationer. Det är bara vårdgivaradministratören som kan anmäla bankgiro för en mottagning.

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Förnamn	Efternamn	Personnummer
Förnamn	Efternamn	Personnummer

## 6. Underskrift av firmatecknare eller ombud

Om ansökan skrivs under av ett ombud måste en fullmakt från registrerad firmatecknare bifogas. Om firman enligt bolagsordningen tecknas av flera personer tillsammans ska ansökan skrivas under av samtliga firmatecknare.

Jag vet att jag kan få betala tillbaka felaktigt utbetald ersättning. Jag vet att jag kan göra mig skyldig till brott om jag lämnar oriktiga eller ofullständiga uppgifter, eller inte meddelar Försäkringskassan när uppgifterna ändras.		
Datum	Namnteckning	
Namnförtydligande		Telefon

Jag vet att jag kan få betala tillbaka felaktigt utbetald ersättning. Jag vet att jag kan göra mig skyldig till brott om jag lämnar oriktiga eller ofullständiga uppgifter, eller inte meddelar Försäkringskassan när uppgifterna ändras.		
Datum	Namnteckning	
Namnförtydligande		Telefon

Jag vet att jag kan få betala tillbaka felaktigt utbetald ersättning. Jag vet att jag kan göra mig skyldig till brott om jag lämnar oriktiga eller ofullständiga uppgifter, eller inte meddelar Försäkringskassan när uppgifterna ändras.		
Datum	Namnteckning	
Namnförtydligande		Telefon

### Kom ihåg att anmäla

- om några av uppgifterna ni lämnat i ansökan ändras till Försäkringskassan (blankett 7004)
- mottagningens adress till Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- den person som är verklig huvudman till Bolagsverket
- till Strålskyddsmyndigheten om ni har utrustning för panoramaröntgen.

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på [forsakringskassan.se](http://forsakringskassan.se).