Försäkringskassan
0771-17 90 00
www.forsakringskassan.se

Anmälan
Anslutning upphör - mottagning

Skicka blanketten till
Försäkringskassan
901 81 Umeå

Fyll i blanketten digitalt, skriv ut och skicka in den per post med underskrift av den eller de personer som är firmatecknare.

Om avanslutningen gäller fler än tre mottagningar, lämna gärna uppgifterna om mottagningarna i en bilaga, till exempel ett papper, ett USB-minne eller en CD. Bilagan ska innehålla uppgifter om mottagningens namn, dress och mottagnings-ID samt från och med vilket datum som anslutningen ska upphöra.

1. Vårdgivare

Företagets namn	Organisationsnummer

2. Uppgifter om mottagning

Mottagningens namn		Mottagnings-ID
Utdelningsadress	Postnummer	Postadress
		datum
Anslutningen till Försäkringskassan elektroniska system ska upphöra från och med		

Mottagningens namn		Mottagnings-ID
Utdelningsadress	Postnummer	Postadress
		datum
Anslutningen till Försäkringskassan elektroniska system ska upphöra från och med		

Mottagningens namn		Mottagnings-ID
Utdelningsadress	Postnummer	Postadress
		datum
Anslutningen till Försäkringskassan elektroniska system ska upphöra från och med		

3. Underskrift av firmatecknare eller ombud

Om firman enligt bolagsordningen tecknas av flera personer tillsammans ska samtliga firmatecknare signera ansökan. Om ett ombud skriver under ansökan måste ni bifoga en fullmakt från registrerad firmatecknare.

Datum	Namnteckning
Namnförtydligande	Telefon

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

FK 7014 (005 F 001) Fastställd av Försäkringskassan