

Skicka blanketten till  
Försäkringskassan  
901 81 Umeå

**1. Vårdgivare**

Företagets namn	Organisationsnummer
-----------------	---------------------

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, adress och mottagnings-ID samt från och med vilket datum anslutningen ska upphöra.

**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**

Datum	Namnteckning
Namnförtydligande	Telefon, även riktnummer

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".