

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

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