

Skicka blanketten till
Försäkringskassan
901 81 Umeå

1. Vårdgivare

| | |
|------|---------------------|
| Namn | Organisationsnummer |
|------|---------------------|

2. Vårdgivarens anslutning till Försäkringskassans elektroniska system ska upphöra

| | |
|----------------------|--|
| Från och med (datum) | I och med att vårdgivaren upphör att vara ansluten kommer också anslutningen för samtliga mottagningar som tillhör vårdgivaren att upphöra |
|----------------------|--|

3. Underskrift av firmatecknare

| | | |
|-------------------|--------------|---------|
| Datum | Namnteckning | |
| Namnförtydligande | | Telefon |

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