

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.