**Anmälan om arvodeskategori Lag om ersättning vid fysioterapi (1993:1652) samt förordning om ersättning vid fysioterapi (1994:1120)**

1. **Uppgifter om verksamheten**

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn, Tilltalsnamn | Vårdgivare |
| Telefonnummer | E-postadress |
| Mottagningsadress | |
| Postadress | Ort: |

1. **Arvodeskategori**

|  |  |
| --- | --- |
| Kryssa för vad ansökan avser: | |
|  | Ändring av arvodeskategori till A |
|  | Ändring av arvodeskategori till B |
|  | Fortsatt placering i arvodeskategori B med nya förutsättningar |
|  | Villkoren för respektive arvodeskategori återfinns i Lag om ersättning vid fysioterapi (1993:1652) LOF samt Förordning om ersättning vid fysioterapi (1994:1120). Mer information finns på [Vårdgivarwebben](https://regionvarmland.se/vardgivarwebben/samverkan-avtal-och-vardval/vardgivare-pa-nationella-taxan?c=svid10_2ec496c919733729cf88c8c#svid10_2ec496c919733729cf88c8c) |

1. **Assisterande personal**

|  |
| --- |
| Antal assisterande personal på verksamheten: |
| Anställd/anställda som: |
| Antal timmar **totalt** för assisterande personal per vecka: |
| Aktuellt anställningsbevis, bilaga nr: |
| Revisionsintyg, bilaga nr: |
| Hyresavtal, bilaga nr: |
| Registreringsbevis från Bolagsverket, bilaga nr: |

**4. Antal behandlingsrum**

|  |
| --- |
| Min etablering förfogar över antal behandlingsrum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_st. |

1. **Kvalificerad utrustning**

|  |  |
| --- | --- |
| Antal | Benämning på utrustning |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort och datum |  | Underskrift |

|  |  |
| --- | --- |
| Eventuella frågor skickas till:  [vardval@regionvarmland.se](mailto:vardval@regionvarmland.se) | Ifylld och underskriven blankett skickas till:  Region Värmland  Vårdvalsenheten  Regionens hus  651 82 Karlstad |