

## Anmälan om arvodeskategori

### 1. Uppgifter om verksamheten

Mottagning:	
Namn:	
Personnummer:	
Mottagningsadress:	
Postnummer:	Ort:
E-post:	
Telefon:	

### 2. 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). Förtydligande finns på PLUS-sidan.

### 3. Assisterande personal

Antal assisterande personal på verksamheten:
Anställd/anställda som:
Antal timmar <b>totalt</b> för assisterande personal per vecka:
Aktuellt anställningsbevis <sup>1</sup> , bilaga nr:
Arbetsuppgifter:
Hyresavtal <sup>2</sup> , bilaga nr:
Kvitton på utrustning, bilaga nr:

<sup>1</sup> Ska innehålla tjänstgöringsgrad

<sup>2</sup> Uppgift om hyreskostnad samt information om lokal

#### 4. Antal behandlingsrum

Min etablering förfogar över antal behandlingsrum: \_\_\_\_\_ st.

#### 5. Kvalificerad utrustning

Antal	Benämning på utrustning

.....

**Datum**                      **Underskrift**

Ifylld och underskriven blankett med vidimerade kopior skickas till:

Region Dalarna  
Vårdval Primärvård, Vårdvalsenheten  
Box 712  
791 29 FALUN