

Den här blanketten använder ni när ni vill göra en ändring i befintlig verksamhet gällande särskilt utsedd ansvarig person för verksamheten. Uppgiften behövs som underlag för IVO:s tillsyn. Det utfärdas inte något nytt tillstånd med anledning av anmälan.

Skicka anmälan till:

Inspektionen för vård och omsorg
Registrator avdelning Öst
Box 6202
102 34 Stockholm

Eller via e-post : registrator.ost@ivo.se

1 Anmälare

<input type="checkbox"/> Landsting/Region	<input type="checkbox"/> Privat vårdgivare	<input type="checkbox"/> Blodverksamhet	<input type="checkbox"/> Vävnadsinrättning
Vårdgivarens namn		Organisationsnummer/Vävnadsinrättningens identitet (ex.SE123456)	

2 Verksamhet

Namn på blodcentral/vävnadsinrättning		
Postadress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl riktnr)	Fax (inkl riktnr)	e-post

3 Särskilt utsedd ansvarig person

Namn befintlig särskilt utsedd ansvarig person	e-post
Namn ny särskilt utsedd ansvarig person	e-post

4 Underskrift

Ort och datum
Namnunderskrift av verksamhetschef
Namnförtydligande