

## ANMÄLAN

läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende

Datum

.....

Inspektionen för vård och omsorg

### Anmälan avser

<input type="checkbox"/> nyinrättad verksamhet	Fr.o.m.
<input type="checkbox"/> ändring av tidigare lämnade uppgifter	Fr.o.m.
<input type="checkbox"/> nedläggning av verksamhet	Fr.o.m.

### Vårdgivare

Namn
------

### Verksamhet

Namn	Telefonnummer (inkl. riktnummer)
Arbetsplatskod	
Utdelningsadress	
Postnummer	Postort
Besöksadress (om annan än ovanstående)	E-postadress

### Verksamhetschef

Namnunderskrift	Namnförtydligande
.....	.....