

H5F240084

Efternamn, tilltalsnamn ÅSTRÖM HELENA		Personnummer 710427-6964
Av Regionen tilldelad vårdgivarkod 5090	Telefon 0703510211	E-postadress helena6964@gmail.com
Adress VÄNORTSGATAN 3		Postnummer och ort 723 50 VÄSTERÅS

Min rätt till ersättning enligt lagen är reglerad
 i samverkansavtal

Verksamheten

Vilken arvodeskategori gäller för verksamheten

Arvodeskategori A Arvodeskategori B

Nuvarande omfattning av min verksamhet

Jag arbetar idag

heltid deltid, omfattning %

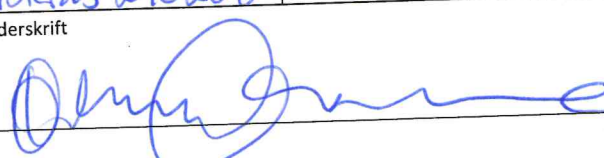
Om verksamheten inte drivs på heltid, ange skäl till det

Verksamheten ska tidigast överlätas:	Datum ENLIGT ÖVERENSKOMMELSE
Min verksamhet som ska överlätas består av följande	
Verksamhetsadress: ESPLANADENS SJUKGYMNASTIK, SALA	
Antal patientbesök/år ca 2500	
<input type="checkbox"/> Inventarier och utrustning enligt bilaga nr	
<input type="checkbox"/> Avtal med övriga leverantörer etc enligt bilaga nr	Finns det möjlighet för den övertagande vårdgivaren att bedriva verksamheten i samma lokal <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Övrigt enligt bilaga nr	
<input type="checkbox"/> I verksamheten finns följande anställningar, se bilaga ¹	EVENTUELLT
Vem kan lämna närmare upplysningar om verksamheten till eventuella intressenter under en ansökningsinbjudan? HELENA ÅSTRÖM 070 351 0211 helena6964@gmail.com	
Övriga upplysningar	

Härmed anmäler jag min avsikt att

- överläta min verksamhet,
- säga upp min rätt till ersättning enligt lagen om ersättning för sjukgymnastik, och
- möjliggöra för annan läkare att ingå samverkansavtal med regionen.

Underskrift

Datum/ort Västerås 240208	Namnförtydligande Helena Åström
Underskrift 	

¹ En kommande överlåtelse kan vara att betrakta som en verksamhetsövergång. De viktigaste reglerna om verksamhetsövergång finns i 6 b § lagen om anställningsskydd (LAS) och i 28 § medbestämmandelagen (MBL). De arbetsrättsliga regler som gäller vid övergång av verksamhet är tvingande till förmån för arbetstagarna.