

VIKARIATGIVARE

Efternamn, tilltalsnamn	Personnummer
Adress till mottagning	Telefon dagtid
Innehar F-skattebevis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Org. nr:	

Anledning till vikarie i verksamheten

--

Omfattning

Vikariatet avser tiden fr.o.m./t.o.m.

Som vikariatgivare betalar jag lön och samtliga sociala avgifter för vikarien.
Ersättning för vikariens behandlingar räknas in under mitt eget tak.
Ersättning för vikariens behandlingar utbetalas till mitt postgiro/konto, som finns angivet hos landstinget.

Datum _____

Vikariatgivarens namnteckning _____

VIKARIATTAGARE

Efternamn, tilltalsnamn	Personnummer	
Adress, post och postadress	Telefon dagtid	
Legitimation år	Specialistkompetens för läkare (specialitet och år)	Behörig till särskilt arvode för fysioterapeut
Bilagor som stöder min kompetens		
Uppgift om nuvarande övrig anställning		

Som vikariatstagare åtar jag mig att följa bestämmelserna i Lag och förordning om ersättning för fysioterapi eller Lag och förordning om läkarvårdsersättning.

Datum _____

Vikariatstagarens namnteckning _____

REGION VÄSTERBOTTENS NOTERINGAR

--

Datum _____

Ansvarig i regionens, namnteckning _____