

ANMÄLAN
läkemedelsassisterad behandling vid
opiatberoende

Datum

.....

Socialstyrelsen
106 30 Stockholm**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. riknummer)
Arbetsplatskod	
Utdelningsadress	
Postnummer	Postort
Besöksadress (om annan än ovanstående)	E-postadress

Verksamhetschef

Namnunderskrift	Namnförtydligande
.....