

Datum

.....

Socialstyrelsen **Begäran om återkallelse av tillstånd att bedriva
nationell högspecialiserad vård**

Specifisering av vilken vård som återkallelsen gäller

Region som begär återkallelse

Namn	
Utdelningsadress	
Postnummer	Postort
Kontaktperson	
Telefon	E-postadress

Verksamhet

Sjukhus
Enhet
Verksamhetschef

Om vården utförs av någon annan än regionen

Privat vårdgivare	
Utdelningsadress	
Postnummer	Postort

Av 5 kap. 2 § framgår att en avvecklingsplan ska fogas till begäran om återkallelse.