

Datum

.....

Socialstyrelsen **Ansökan om att få bedriva nationell högspecialiserad vård**

Specificering av vården enligt ansökningsförfrågan

 Begäran om återkallelse av tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård

Specificering av vilken vård som återkallelsen gäller

Sökande landsting

Namn	
Utdelningsadress	
Postnummer	Postort
Kontaktperson	
Telefon	E-postadress

Verksamhet

Sjukhus
Enhet
Verksamhetschef

Om vården ska utföras av någon annan än landstinget

Privat vårdgivare	
Utdelningsadress	
Postnummer	Postort