



Datum

Kontaktuppgifter

Företagsnamn/gruppens namn	Gatuadress	Postadress
Organisationsnummer	Huvudman/ägare	
E-postadress	Driftform	Bankgiro/plusgiro
Verksamhetschef/ansvarig	Telefon verksamhetschef/ansvarig	Mobil verksamhetschef/ansvarig
Ersättare för verksamhetschef	Telefon ersättare (om annan än ovan)	Mobil ersättare (om annan än ovan)

Vi åtar oss att inom ramen utföra

<input type="checkbox"/> Serviceinsatser	<input type="checkbox"/> Städ, inköp/övriga ärenden, tvätt/klädvård, fönsterputs. <input type="checkbox"/> Tillredning av måltider.
<input type="checkbox"/> Personlig omvårdnad samt delegerad åtgärd enligt hälso- och sjukvårdslagen Hjälp vid måltider, sociala aktiviteter samt av legitimerad personal delegerade/instruerade hälso- och sjukvårdsåtgärder	Kapacitetstak, ange timmar/månad Geografiskt område, ange text. Karta skall bifogas, gäller området del av tätorten, skall även gatuindelning bifogas

Följande handlingar/kopior skall bifogas

<input type="checkbox"/> SKV 4820	<input type="checkbox"/> Leverantörsförsäkran
<input type="checkbox"/> Registreringsbevis	<input type="checkbox"/> Verksamhetspresentation
<input type="checkbox"/> F-skattsedel	
<input type="checkbox"/> Förteckning över geografisk indelning – karta, ev. gatuindelning	

Vi har tagit del av Säffle kommuns förfrågningsunderlag för utförandet av hemtjänst och delegerad hemsjukvård enligt LOV och förbinder oss att arbeta enligt detta.

Underskrift

Ort och datum

Underskrift, sökandes företrädare

Namnförtydligande

Ansökan märkt ”Valfrihet inom hemtjänst” ställs till:

Säffle kommun
Socialnämnden
661 80 Säffle