



## Leverantör av hemtjänst

Blankett avser ansökan om att bli godkänd som leverantör av hemtjänst

### Uppgifter om företag

Företagsnamn/Ägare	Organisationsnummer
Adress	Postadress
Telefonnummer (Även riktnummer)	E-postadress @

Ansökan gäller utförande av följande insatser (Anger om företaget önskar avgränsa sitt uppdrag till att innefatta service- eller omvårdnadsinsatser eller både och.)

Omvårdnadsinsatser  Serviceinsatser  Service- och omvårdnadsinsatser

**Kapacitetstak** (Anger om företaget önskar sätta upp ett kapacitetstak för sin verksamhet i kommunen)  
Maximalt antal timmar/månad

**Geografiskt upptagningsområde** (Avser möjligheter för företaget att leverera hemtjänst i ett eller flera geografiska områden)

Centrum  Norra  Södra  Västra  Östra

### Bilagor

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> F-skattesedel och registreringsbevis | <input type="checkbox"/> Blankett SKV 4820                      |
| <input type="checkbox"/> Kopia på ansvarsförsäkring           | <input type="checkbox"/> Referenser (Minst två måste anges)     |
| <input type="checkbox"/> Senaste årsredovisning               | <input type="checkbox"/> Meritförteckning (verksamhetsansvarig) |
| <input type="checkbox"/> Verksamhetsbeskrivning               |   |

### Underskrift

Vi har tagit del av kommunens förfrågningsmaterial och förbinder oss att arbeta i enlighet med dessa bestämmelser.

Ort och datum	Ort och datum
Underskrift (Firmatecknare)	Underskrift (Verksamhetsansvarig om annan är firmatecknare)
Namnförtydligande	Namnförtydligande