

Datum

.....

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

Specificering av vården enligt ansökningsförfrågan

**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

Enligt 3 kap. 1 § tredje stycket ska till ansökan fogas det underlag som Socialstyrelsen begär i ansökningsförfrågan.