

**ANSÖKAN OM GODKÄNNANDE AV PSYKOTERAPI INOM LOV ÖREBRO LÄN**

Ansökan kan delvis fyllas i elektroniskt men måste skrivas ut för underskrift.

Efterfrågade uppgifter och intyg ska biläggas ansökan.

Ansökan med bilagor lämnas eller skickas till Hälsovalsenheten, Region Örebro län. Märk kuvertet med "LOV Psykoterapi".

Om Leverantören avser att ansöka om godkännande för flera mottagningar lämnas en ansökan per mottagning.

**Leverantör som ansöker om godkännande**

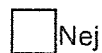
Företagsnamn	Willenfors Consulting AB
Organisationsnummer*	559359-6769
Postadress	Knutsbergsvägen 21
Postnummer och ort	713 91 NORA
Telefonnummer	070-6444969
Faxnummer	
E-postadress	willenforsg@gmail.com
Webbadress	
Plus/bankgironummer	
Kontaktperson	Gunilla Willenfors
Telefonnummer (direkt)	070-6444969
E-postadress (direkt)	willenforsg@gmail.com

\*Organisationsnummer:

- För aktiebolag uppges organisationsnummer
- För handels- och kommanditbolag uppges dels bolagets organisationsnummer och dels deltagarnas organisations- eller personnummer
- För enskild firma uppges personnummer

Undertecknande leverantör har tagit del av förfrågningsunderlag med bilagor inklusive kontraktsmallen och accepterar de krav och villkor som framgår där.

Krav accepteras



Anm

**Lokalisering**

Leverantören ska ange adress där mottagningen planeras vara lokaliserad.

Knutsbergsvägen 21, 713 91 NORA och Järnvägsgatan 16 A, 703 62 ÖREBRO .

**Planerad driftstart**

Leverantören ska ange planerad driftstart.

2022 \_08\_ \_22

**Öppettider**

Leverantören ska ange öppettider för veckans vardagar nedan.

Måndagar kl.09-16 och Onsdagar kl.09-16

**Ledning och verksamhetschef**

Namn på verksamhetschef	Personnummer
	██████████, Gunilla Willenfors

**Underleverantörer**

Leverantören ska lämna uppgift om samtliga underleverantörer.

Namn på underleverantörer	Organisationsnummer/Personnummer

**Namn och personnummer på aktuell psykoterapeut**

Leverantören ska ange vilken/vilka psykoterapeuter som är aktuella för uppdraget.

Namn på psykoterapeut	Personnummer
Gunilla Willenfors	██████████

**Uppgifter och intyg avseende psykoterapeut**

Nedanstående uppgifter ska bifogas ansökan för varje aktuell psykoterapeut:

1. Kopia av giltig legitimation som psykoterapeut utfärdad av Socialstyrelsen.
2. Psykoterapeutens grundutbildning (dvs grundyrke).
3. Handlingar som styrker yrkeserfarenhet gällande individualterapi för berörd psykoterapeut. Psykoterapeut för uppdraget har minst tre (3) års klinisk erfarenhet (individualterapi) som legitimerad psykoterapeut under de senaste fem (5) åren innan ansökan inlämnats.
4. Presentation som patienten kan använda som stöd vid valet av psykoterapeut. Presentationen ska innehålla rubrikerna:
  - Kort personlig presentation
  - Yrkeserfarenhet
  - Presentation av den behandling psykoterapeuten utför och vilka problem/symtom/tillstånd samt målgrupp som psykoterapeuten är specialiserad att arbeta kring.

Presentationen får inte överstiga 100 ord per rubrik. Informationen ska vara saklig, relevant och lättförståelig.

**Verksamhetsidé**

Leverantören ska beskriva sin verksamhetsidé enligt Förfrågningsunderlag punkt 2.5. Beskrivningen ska bifogas ansökan.

**Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet**

Leverantören ska utgå ifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och utifrån förfrågningsunderlag punkt 3.8 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet beskriva:

- Hur verksamheten systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras.
- Hur verksamheten ska arbeta med patientsäkerhet enligt patientsäkerhetslag (2010:659).

- Hur verksamheten ska arbeta med dokumentation samt om ni kommer att dokumentera digitalt i ett journalsystem eller i pappersjournal. Det ska framgå i beskrivningen hur er verksamhet ska uppfylla kraven på dokumentation enligt patientdatalagen och socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2016:40) och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.
- Hur verksamheten kommer att arbeta med avvikelser. Vilka rutiner kommer verksamheten att ha? Rutinbeskrivning ska bifogas.

### Intyg från myndigheter

Följande handlingar ska bifogas ansökan:

Utländsk leverantör ska insända motsvarande dokumentation som intyg på att denna fullgjort i hemlandet föreskrivna registreringar och betalningar.

1. Kopia på vid ansökan gällande **registreringsbevis** utfärdat av behörig officiell myndighet (i Sverige Bolagsverket), högst sex månader gammalt. (Kravet gäller inte för enskild firma).
2. "Begäran om upplysningar vid offentlig upphandling", **Skatteverkets blankett SKV 4820**. Den ska vara ifylld av Skattemyndigheten. Intyget ska inte vara äldre än tre (3) månader. Gäller ej nybildat företag.
3. Kopia på bevis om att sökande ej återfinns i Näringsförbudsregistret.
4. Registerutdrag enligt anmälan gjord till Inspektionen för vård och omsorg i enlighet med Patientsäkerhetslag 2 kap. 1-3 §§. För nystartat företag eller företag under bildanderäcker att till ansökan bifoga en kopia på anmälan till Inspektionen för vård och omsorg.

### Finansiell och ekonomisk ställning

Följande handlingar ska bifogas ansökan:

1. Årsredovisning med revisionsberättelse.  
Leverantör som inte är skyldig att upprätta årsredovisning/årsbokslut ska visa att företaget har en stabil ekonomisk bas genom att tillhandahålla resultaträkning och balansräkning eller på begäran lämna referens till bank eller annan finansiär.
2. Leverantör som har ett nystartat företag ska visa att företaget har en stabil ekonomisk bas genom att redovisa aktiekapital/annat, eller på begäran tillhandahålla en finansiell säkerhet (t.ex. lämna bankgaranti eller koncerngaranti) samt på begäran kunna redovisa referens till bank eller annan finansiär.

Leverantören ska lämna kompletterande upplysningar och medverka vid dialogmöten om regionen så begär, samt visa aktuell lokal för uppdraget.

Undertecknad Leverantör försäkrar regionen att Leverantören är medveten om att Beställaren kan återkalla godkännandet för en mottagning om Leverantören inte uppfyller villkoren för att bedriva mottagningen.

**NORA 220412**

Ort Datum



Underskrift

**Gunilla Willenfors**

Namnförtydligande (firmatecknare)

**tel:070-6444969 mejl: willenforsg@gmail.com**

Kontaktuppgifter (telefon och e-post)

Om Leverantören som ansöker om godkännande inte har möjlighet att i samband med ansökan redovisa samtliga begärda uppgifter ska det till ansökan bifogas en redogörelse för orsaken till detta och en plan för när handlingarna kommer att kompletteras. Ett beslut kommer att fattas om godkännande när Leverantören kompletterat med samtliga handlingar. Om Leverantören inte inom tre månader kan visa att återstående krav är uppfyllda kommer ett beslut om att inte bifalla ansökan att fattas. Beslut kommer att skickas ut inom 3 månader från det att ansökan kommit in till regionen.

Region Örebro län

Hälsovalsenheten

Box 1613

701 16 ÖREBRO

Besöksadress:

Regionkansliet

Eklundavägen 11, Örebro.

Eventuella frågor angående denna upphandling ska ske skriftligen eller genom e-post till:

[halsovalsenheten@regionorebrolan.se](mailto:halsovalsenheten@regionorebrolan.se)