

ANSÖKAN OM TILLSTÅND FÖR BEGRÄNSAD LABORATORIEVERKSAMHET INOM KLINISK MIKROBIOLOGI TILL REGIONFÖRVALTNINGSMYNDIGHETEN

Då tillståndet för begränsad (nivå 2) laboratorieverksamhet vid laboratorium för klinisk mikrobiologi förnyas ska laboratoriets registernummer* och det övervakande laboratoriets namn uppges

Det övervakande laboratoriets namn

Övervakande laboratoriets registernummer



anvisningar

1

Uppgifter om den sökande organisationen

Den sökande organisationens namn

Besöksadress

Postnummer och -anstalt _____

Den sökande organisationens tillståndsregisternummer* _____

Laboratoriets namn: _____

Besöksadress _____

Postnummer och -anstalt _____

Telefon (växel) _____

Laboratoriepersonalens yrkesbeteckningar och antal räknat i årsverken

Titel	heltid	deltid	årsverken sammanlagt
Specialist i klinisk mikrobiologi			
Specialiserande läkare i klinisk mikrobiologi			
Sjukhusmikrobiologi			
Mikrobiolog som specialiserar sig på sjukhusmikrobiologi			
Bioanalytiker eller laboratorieskötare			
Övrig laboratoriepersonal			

Kontaktpersoner och deras kontaktuppgifter

Chef med ansvar för den kliniska mikrobiologiska verksamheten

Namn _____
Yrkesbeteckning/utbildning _____
Telefon/mobiltelefon _____
E-post _____

Ansvarig för laboratoriets dagliga verksamhet

Namn _____
Yrkesbeteckning/utbildning _____
Telefon/mobiltelefon _____
E-post _____

Uppgifter om den person som fyllt i blanketten med tanke på förfrågningar om tilläggsinformation

Namn _____
Telefon/mobiltelefon _____
E-post _____



Faktureringsuppgifter

FO-nummer _____

Kontaktperson för fakturering

Adress för nätfakturor



Underskrift

Underskrift av chefen som ansvarar för den kliniska mikrobiologiska verksamheten inom den sökande organisationen

Namnförtydligande



Bilaga 1: Undersökningsmeny för laboratoriet för klinisk mikrobiologi