



SVEDALA KOMMUN

Ansökan Hemtjänstval

Omvårdnadsinsatser och delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser

Sökande

Namn/Organisationsnamn			Organisationsnummer	
Utdelningsadress (gata, box etc)			Postnummer	Postort
Telefonnummer (inkl riktnummer)	Mobilnummer	Faxnummer (inkl riktnummer)	E-postadress	
Firmatecknare			Bank- eller Plusgironummer	
Kontaktperson för ansökan		Telefonnummer (inkl riktnr)	E-postadress	

Geografiskt område

Geografiskt område, ange <i>ett</i> alternativ				
☐ Hela kommunen	☐ Område Väster	☐ Område Öster	☐ Område Norr	

Kapacitetstak

Kapacitetstak, max antal timmar

Tilläggstjänster

Tilläggstjänster kommer att erbjudas	☐ Ja	☐ Nej
Om ja, ange vilka		

Underleverantörer

Underleverantörer kommer att användas	☐ Ja	☐ Nej
Om ja, ange vilka		

Villkor

Den sökande är införstådd med och accepterar i sin helhet de krav och villkor som framgår av förfrågningsunderlaget (att svara ja är en förutsättning för att antas som leverantör i hemtjänstvalet)

☐ Ja

Leverantörsförsäkran

Sökanden försäkrar att denne inte är dömd för brott specificerat i LOV 7 kap 1 § eller att någon av de övriga omständigheterna specificerade i LOV 7 kap 1 § föreligger (att svara ja är en förutsättning för att antas som leverantör i hemtjänstvalet)

☐ Ja

Referenser (för nystartat företag avser referenserna huvudägaren)

Uppdragsgivare	Uppdrag och årtal
Kontaktperson och titel	E-post och telefonnummer

Uppdragsgivare	Uppdrag och årtal
Kontaktperson och titel	E-post och telefonnummer

Uppdragsgivare	Uppdrag och årtal
Kontaktperson och titel	E-post och telefonnummer

Bilagor

Ansökan ska utöver denna blankett innehålla följande handlingar – markera vilka som bifogas denna ansökan:

- ☐ Presentation av sökanden (företagspresentation) jämte presentation av personer i företagets ledning samt dess eventuella personal. Av presentationen ska framgå hur kraven på utbildning och kompetens uppfylls.
- ☐ Presentation av hur sökanden avser fullgöra uppdraget i enlighet med beställarens krav och intentioner.
- ☐ Av Skatteverket och Kronofogdemyndigheten ifylld blankett "Begäran/svar offentliga uppgifter" SKV 4820
- ☐ Registreringsbevis från Bolagsverket
- ☐ Kopia på giltiga försäkringsbevis
- ☐ Kopia på giltigt tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg att bedriva hemtjänstverksamhet

Underskrift (behörig avtals-/firmatecknare)

Datum	Ort
Namnteckning	
Namnförtydligande	

--

Beslut om godkännande – *Fylls i av Svedala kommun*

Den sökande godkänns som leverantör av hemtjänst i Svedala kommun enligt ovan		
Datum	Ort	Underskrift
Namnförtydligande		