

**Bilaga 9****Ansökan om godkännande som leverantör av hemtjänst enligt Lagen om valfrihetssystem (LOV) i Sölvesborgs kommun**

Ansökningsformulär sökande

Förtegets namn	Organisationsnummer
Adress	Telefon
Postnummer och ort	Fax
E-postadress	Kontaktperson
Plusgironummer/Bankgironummer	

Ansöker om att utföra följande tjänster. Anger ett eller flera alternativ

Område	Service	Personlig omvårdnad, inkl. delegerad HSL	Kapacitetstak, antal timmar/månad
1			
2			
3			

Underlag för godkännande

Handling	Ja	Nej	Bilaga nummer
F-skattebevis			
Registreringsbevis från Bolagsverket			
Försäkringskopior			
Ekonomisk redovisning alt. finansiell plan för nystartat företag			
Uppgifter om ev. underleverantörer			
Intyg/betyg som styrker utbildning eller annan kompetens hos verksamhetsansvarig			

Informationsblad om leverantören			
Beskrivning av verksamhetsidé			
Rutin om tystnadsplikt, yttrande och meddelarfriheten säkras			
Beskrivning av verksamhetens värdegrund			
Beskrivning av verksamhetens ledningssystem och systematiska kvalitetsarbete			
Rutin för nyckelhantering			

Referenser

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

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

Tagit del av och accepterar samtliga krav som ställs i "Förfrågningsunderlag för valfrihetssystem i Sölvesborgs kommun" med tillhörande bilagor

Underskrift

Härmed intygas att ovanstående uppgifter är sanningsenliga:

Ort

Datum

Namnteckning firmatecknare

Namnförtydligande firmatecknare

SANNINGSFÖRSÄKRAN ENLIGT 7 KAP 1-2 §§