












Upphandlande organisation

Region Sörmland
Gabriella Engström

Upphandling

LOV Avgiftsfri allmäntandvård till barn och unga vuxna i Sörmland
IN-IN20-0432-03
Utkast
Sista ansökansdag: 2033-12-19 08:34

Symbolförklaring

- | | |
|---|--|
|  Texten ingår i annonsen |  Texten ingår i kvalificeringen |
|  Texten kommer att ingå i avtalet |  Texten kommer att publiceras i avtalskatalogen |
|  Texten/frågan innehåller krav som måste uppfyllas |  Texten/frågan innehåller ESPD-krav |
|  Frågan är viktad och ingår i utvärderingen |  Frågan är viktad och ingår i utvärderingen |
|  Frågan ställs endast upplysningsvis |  Frågan besvaras av upphandlaren |
|  Frågan är markerad för särskild uppföljning | |

5. Företags- och kontaktuppgifter

5.1 Företagsuppgifter



Fyll i nedanstående uppgifter. Vänligen kontrollera att uppgifterna i TendSign är uppdaterade och överensstämmer med dessa.

a. Organisationsnamn

Fritext



b. Organisationsnummer

Fritext



c. Postadress, postnummer och ort

Fritext



d. Telefon

Fritext



e. Generell e-post adress

Fritext



f. Hemsida

Fritext



g. Klinikens namn, postadress, postnummer, ort samt telefon

Fritext



h. Ange om det är en befintlig verksamhet som tas över, ange vårdgivarens namn och organisationsnummer.

Fritext



i. Bankgiro eller plusgiro

Fritext



j. Behörig företrädare vid tecknande av kontrakt vid elektronisk signatur (kräver konto i ChamberSign med eller utan fullmakt)

Fritext



5.2 Kontaktuppgifter



Fyll i nedanstående uppgifter. Vänligen kontrollera att uppgifterna i TendSign är uppdaterade och överensstämmer med dessa.

a. Kontaktperson, ansökan (namn, telefonnummer och e-post)

Fritext



b. Kontaktperson, avtal (namn, telefonnummer och e-post)

Fritext



c. Kontaktperson, klinik (namn, telefonnummer och e-post)

Fritext



d. Klinikansvarig/Verksamhetschef (namn, telefonnummer och e-post)

Fritext



e. Odontologiskt ansvarig tandläkare (namn, telefonnummer och e-post) (om verksamhetschefen inte är legitimerad tandläkare)

Fritext



5.3 Tidpunkt för driftstart



Leverantören ska ange tidpunkt för planerad driftstart, när patienter kan tas emot.

Här anges tidpunkt för driftstart åååå-mm-dd

Fritext

