

Sendes til regionen gennem: Danske Fodterapeuter Roskildevej 163 2620 Albertslund	Forbeholdt regionen	
	Ydernummer	Regionsnummer
Tilmelding til yderregistret - Fodterapi Tilmeldingen benyttes tillige ved statusændringer		

Tilladelse ønskes til at praktisere for regionen

Fodterapeutens navn		Personnummer
Privatadresse		Telefonnummer
Postnummer og postdistrikt	Mailadresse	Evt. medlemsnummer
Ansøgning vedrører: <input type="checkbox"/> Nyetablering <input type="checkbox"/> Overtagelse af klinik <input type="checkbox"/> Adresseændring <input type="checkbox"/> Andet		
Hvis overtagelse, anfør afgivende kliniks navn eller ydernummer		Hvis ydernummer i anden region, anfør nummer og region

 Praksisoplysninger for den nye klinikindehaver

Klinikken er: <input type="checkbox"/> Enkeltmandspraksis <input type="checkbox"/> Kompagniskab <input type="checkbox"/> Anpartsselskab <input type="checkbox"/> Samarbejdspraksis		
Klinikbetegnelse	Telefonnummer	
Adresse	Hjemmebehandling <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Postnummer og postdistrikt	Mailadresse	Etableringsdato
<input type="checkbox"/> Aftale om brug af værksted (aftale vedlægges)	<input type="checkbox"/> Aftale om fremstilling af indlæg (aftale vedlægges)	CVR-/SE-nummer
<input type="checkbox"/> Eget værksted		
<input type="checkbox"/> Handicapegnet adgang <input type="checkbox"/> Handicapegnede toiletforhold		
Evt. yderligere oplysninger kan tillige anføres på blankt papir. I givet fald anfør her, om bilag vedlægges		

 Vikaransættelse jf. § 17
 **Behandlerende medhjælp,
jf. § 18, stk. 1*)**
 **Behandlerende medhjælp,
jf. § 18, stk. 2*)**

Fodterapeutens navn	Personnummer
Privatadresse	Hjemmebehandling <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Postnummer og postdistrikt	Periode/Ansæt fra og til

 Uden fast klinik

Dækningsområde - angiv kommune-/er

Ansøger

Dato og underskrift

Forbeholdt Danske Fodterapeuter

Fremsendt som godkendt til regionen - dato
--

Forbeholdt regionen

Fremsendes som godkendt - dato

Samtykkeerklæring

Jeg giver hermed mit samtykke til, at Danske Fodterapeuter kan modtage orientering fra regionen om samtlige afgørelser vedrørende mig, der træffes af det regionale samarbejdsudvalg eller regionens administration i henhold til bestemmelserne i praksisoverenskomsten ("Aftale om fodterapi").

Orienteringen skal således muliggøre, at Danske Fodterapeuter kan opfylde den vejledningsrolle, som foreningen har i henhold til administrationen af praksisoverenskomsten.

Dette samtykke kan trækkes tilbage ved en simpel meddelelse til regionsadministrationen og Danske Fodterapeuters sekretariat.

Dato:

(fodterapeut)

FULDMAGT TIL REKVIRERING AF BØRNEATTEST

Undertegnede giver herved Region _____ tilladelse til at indhente børneattest jf. bekendtgørelse om behandling af personoplysninger i Det Centrale Kriminalregister.

Dato: _____

Efternavn: _____

Fornavn(e): _____

Personnummer: _____

Underskrift: _____