












### Upphandlande organisation

Region Sörmland  
Caroline Qwarfordt

### Upphandling

LOV Avgiftsfri allmäntandvård till barn och unga vuxna i Sörmland  
IN-IN20-0432  
Sista ansökansdag: 2030-12-03 00:00

### Symbolförklaring

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

## 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/Behandlingsansvarig (namn, telefonnummer och e-post)** 

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