

## Meddelelse om virksomhedsansvarlig læge

### Behandlingssted

Behandlingsstedets navn		
Adresse		
Postnummer	By	Telefon
Evt. hjemmeside		
CVR	P-nummer	
Email		

### Ejer

Navn		
Adresse		
Postnummer	By	Telefon
CPR		
Evt. autorisations ID	Evt. ydernr.	

### Ved flere ejere (sameje samt ved fælles organisering af virksomheden)

Navn		
Adresse		
Postnummer	By	Telefon
CPR		
Evt. autorisations ID	Evt. ydernr.	

Navn		
Adresse		
Postnummer	By	Telefon



CPR	
Evt. autorisations ID	Evt. ydernr.

**Virksomhedsansvarlig læge**

Navn		
Speciale	CPR	
Autorisations ID	Ydernummer	
Adresse		
Postnummer	By	Telefon
Email		

Undertegnede påtager sig opgaven som virksomhedsansvarlig læge på dette behandlingssted, jf. Lov om virksomhedsansvarlige læger og tandlæger

Dato og underskrift
---------------------