

Ansökan: Begränsat verksamhetstillstånd för läkare

Sökanden ifyller

Uppgifter om sökanden

Efternamn (samt tidigare) _____

Samtliga förnamn _____

Personbeteckning / födelsedatum _____

☐ Jag meddelar Tillstånds- och tillsynsverket min finska personbeteckning
snarast möjligt efter att den beviljats.

Medborgarskap _____

Modersmål _____

Näraddress _____

Postnummer _____ Postort _____

Bostadskommun / land _____

Telefon _____ E-post _____

☐ Jag ger mitt samtycke till att begäran om komplettering av ansökan kan skickas via e-
post.

Avlagd examen / skolning _____

Läroanstalt _____ Utexamineringsdatum _____

Tammerfors universitet

1. tentamina avlagt _____

2. tentamina avlagt _____

Datum och ort _____

Jag önskar att få beslutet på (bara ett alternativ)

☐ finska

☐ svenska

Arbetsgivaren ifyller

Uppgifter om arbetsgivaren

Verksamhetsenheten (*sjukhus/ specialitet / hälsostation*)

OID-kod _____ Verksamhetstid _____

Datum och ort _____

Underskrift _____

Namnet förtydligat _____

Telefon _____ E-postadress _____

Behandlingen

Handlingen är avgiftsbelagd.

Bilagor

Information om olika dokument och bilagor som krävs finns på [Tillstånds- och tillsynsverkets webbsidor](#).

Skickande

Sänd den ifyllda blanketten med bilagor per post till adressen:

Tillstånds- och tillsynsverket, PB 20, 13035 LVV.

Alternativt kan du skicka det ifyllda formuläret med bilagor som en e-postbilaga till registratur@lvv.fi. Eftersom det inte är rekommenderat att skicka sekretessbelagd information med e-post, du kan skicka säker post genom [Turvaviestitjänsten](#).

[Mera information om utförning av dokument till Tillstånds- och tillsynsverket via e-post.](#)