



## Ansökan om certifiering av kontinensmottagning

Kontinensmottagningen vid vårdcentralen

.....  
ansöker om certifiering av verksamheten enligt av Sinoba uppställda krav.

Den av oss organiserade kontinensmottagningen uppfyller de krav som specificeras i "checklistan" (bifogas ifyllt).

Vi ser fram emot att på plats få tillfälle presentera verksamheten för Sinobas representanter, liksom framtida uppföljning (vart 3:e år).

.....  
Ort och datum

.....  
Verksamhetschef

.....  
Adress

.....  
Telefonnr

.....  
Kontaktperson