



Ansökan om certifiering av kontinensmottagning

Kontinensmottagningen vid

.....
ansöker om certifiering av verksamheten enligt de krav som uppställts av Sinoba.

Den av oss organiserade kontinensmottagningen uppfyller de krav som specificeras i "checklistan" (bifogas ifylld). En kort beskrivning (ca halv A4) av mottagningens verksamhet (där det t ex kan framgå om mottagningen riktar sig till någon speciell patientgrupp etc) bifogas också.

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

.....
Mailadress

.....
Kontaktperson