

## Uppsägning av Samverkansavtal avseende covid-19-bevis

Undertecknad vårdgivare nedan önskar inte längre vara anslutet till E-hälsomyndighetens tjänst för testbevis och säger härmed upp Samverkansavtalet avseende covid-19-bevis att upphöra att gälla från och med 30 dagar från nedan angivet datum, i enlighet med avsnitt 15.1 i de Allmänna villkoren till Samverkansavtalet.

Vårdgivarens namn

---

Vårdgivarens organisationsnummer

---

Ort och datum

---

Namnsteckning, firmatecknare

---

Namnförtydligande, firmatecknare

---

E-postadress

---

Telefonnummer

---