

<b>Sendes til regionen gennem</b>	<b>Forbeholdt regionen</b>
Praktiserende Lægers Organisation Kristianiagade 12 2100 København Ø  Eller via e-mail: <a href="mailto:PLO@dadl.dk">PLO@dadl.dk</a>	Ydernr.
	<b>Tilmelding/ændringer til yderregistret/  Praksisdeklaration  Almen praksis</b>  (Ved ændringer udfyldes kun de ændrede informationer) (Efter overenskomst om almen praksis)

### Undertegnede læge

ønsker at påtage mig praksis i henhold til overenskomst om almen praksis

Navn	Personnr.
Privatadresse (Vejnavn, husnr., evt. bynavn, postnr. og postdistrikt)	

### Anciennitet, specialer m.v.

Nedsat som praktiserende læge siden	År	Speciallæge i almen medicin <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
-------------------------------------	----	---

### Jeg ønsker

At nedsætte mig ved at overtage fra / indtræde efter / dele med:	Læge (pågældendes navn)	<input type="checkbox"/> Praksis <input type="checkbox"/> Praksisdel		
	Konsultationsadresse	Ydernr.		
At nedsætte mig ved i overensstemmelse med tilladelse:	<input type="checkbox"/> Påbegynde en 0-praksis	<input type="checkbox"/> § 9, stk. 7	<input type="checkbox"/> § 23 Generationsskifte	<input type="checkbox"/> § 13 Delepraksis

### Praksis

Praksisnavn (Max. 35 tegn - til brug for sundhedskort)	CVR-/SE-nr.		
Konsultationsadresse (Vejnavn, husnr., evt. bynavn, postnr. og postdistrikt)	Fra dato		
	Region		
Elektronisk kommunikation	Hjemmeside	Konsultation tlf.	
	Evt. e-mail (Alene til administrativt brug)	Tlf.nr. til administrativt brug	
Ejerform	<input type="checkbox"/> Enkeltmandspraksis	<input type="checkbox"/> Kompagniskabspraksis	<input type="checkbox"/> Samarbejdspraksis
Varetager klinikken uddannelse af læger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Er praksis momsregistreret	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

### Kompagniskab

(Oplys tillige navne og personnumre på øvrige deltagere herunder ansatte speciallæger, jf. § 24 og § 26)

Navn	Kompagnon (sæt X)	Ansæt speciallæge (sæt X)	Personnr.

## Adgangsforhold for praksis

Oplysninger om adgangs- og indretningsmæssige forhold tilgodeser bevægelseshæmmede	Udvendige adgangsforhold	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	Toiletfaciliteter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	Parkeringsforhold	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Medlemsnr. i Lægernes Pensionskasse:
--------------------------------------

## Ansøger

Fuldmagt til indhentelse af børneattest er indsendt til regionen jf. § 8, stk. 3	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
--	-----------------------------	------------------------------

Der vedlægges kopi af speciallægeanerkendelse i almen medicin, jf. § 7	Dato og underskrift
--	---------------------

Ønsker du at være medlem af Praktiserende Lægers Organisation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Dato og underskrift	

Læs mere om medlemskab af PLO her – <https://www.laeger.dk/PLO-medlemskab>

Hvis du **ikke** ønsker at være medlem af PLO, opkræves et engangsgebyr for PLO's godkendelse af praksishandlen og tilmelding til overenskomsten.

Hvis du **ikke** ønsker medlemskab af PLO, vil du løbende blive opkrævet 2/3 dele af ordinært PLO kontingent. Endvidere skal evt. lokale gebyrer som er fastsat af PLO-regionalt, betales på samme vilkår som gældende for PLO's medlemmer.

**OBS** Denne side bliver ikke medsendt til regionen.