



Vård- och omsorgsförvaltningen

Uppgifter om den sökande			
Företag		Organisationsnummer	
Adress		Postnummer	Postort
Telefon	Fax		Bankgiro/Plusgiro
Verksamhetschef/ansvarig			
Telefon verksamhetschef/ansvarig		E-post verksamhetschef/ansvarig	

Ansökan avser
Boservice (städ, tvätt och inköp)

Kapacitetstak
Ange eventuellt kapacitetstak i antal timmar per månad: <input type="checkbox"/> Ja _____ timmar/månad <input type="checkbox"/> Nej

Geografiskt område
Vi ansöker om att bedriva verksamhet inom följande geografiska område: <input type="checkbox"/> Kisa norra <input type="checkbox"/> Rimforsa <input type="checkbox"/> Hela kommunen <input type="checkbox"/> Kisa södra <input type="checkbox"/> Horn/Hycklinge

Tilläggstjänster
Vi avser att tillhandahålla tilläggstjänster: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, ange vilka tilläggstjänster:

Referenser (Ange 2 referenser. För nystartat företag avser referenserna huvudägaren)	
1) Uppdrag och årtal	Uppdragsgivare
Kontaktperson och titel	E-post och telefonnummer
2) Uppdrag och årtal	Uppdragsgivare
Kontaktperson och titel	E-post och telefonnummer

Godkännande av villkor
Vi har tagit del av och är införstådd med Kinda kommuns förfrågningsunderlag gällande boservice enligt lagen om valfrihetssystem, med tillhörande bilagor. Vi accepterar angivna ska -krav och villkor sin där anges i sin helhet och förbinder oss att arbeta i enlighet med det.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Underlag för godkännande
Till ansökan bifogas följande handlingar
<input type="checkbox"/> Fullständig ansökan <input type="checkbox"/> Kopia på giltig ansvarsförsäkring/utfästelse på att teckna sådan <input type="checkbox"/> Ifylld mall för presentation av leverantör <input type="checkbox"/> Meritförteckning/CV för företagets ledning
Vi uppfyller samtliga ska -krav enligt förfrågningsunderlaget
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Vi garanterar att vi <i>inte</i> är föremål för några omständigheter som framgår av 7 kap 1§ LOV punkt 3.1 i förfrågningsunderlaget
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Vi försäkrar att alla angivna uppgifter är sanningsenliga
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Underskrift	
Ort	Datum
Underskrift av behörig företrädare	
Namnfortydligande	Titel behörig företrädare

Ansökan märkt "Ansökan eget val" skickas per post till:

Kinda kommun
 Vård-och omsorgsförvaltningen
 Box 1
 590 40 Kisa