**Örats och temporalbenets sjukdomar**

2020-11-24 – 2020-11-27

**ANMÄLAN** (Anmälan är bindande)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Namn |  | |
| Personnummer |  | |
| Adress |  | |
|  | |
| Postnr / Ort |  | |
| Mobilnummer |  | |
| Epost |  | |
| Arbetsplats |  | |
| Studieplan | 2008 | 2015 |

**Deltagaravgift**: 10 100 kr

Anmälan är bindande och deltagaravgiften kommer att faktureras efter att ditt deltagande bekräftats. Uteblir betalningen går platsen automatiskt till en annan person.

Det är viktigt att du fyller i den exakta faktura adressen nedan, inkl kostnadsställe/referens.

**FAKTURAADRESS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Universitet/sjukhus |  | |
| Enhet / klinik |  | |
|  | |
| Postnr / Ort |  | |
| Kostnadsställe/ referens |  | |
|  | |
| Godkänt av verksamhetschef | JA | Namn |

FYLL I ANMÄLAN, ”spara som” på din dator och maila den till [agneta.wittlock@ki.se](mailto:agneta.wittlock@ki.se)