**Frivillig specialistskrivning inom Öron-, Näs- och Halssjukdomar
22 mars 2024**

**ANMÄLAN**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn |       |
| Personnummer |       |
| Bostadsadress |       |
|       |
| Postnr / Ort |       |
| Mobilnummer |       |
| Epost |       |
| Arbetsplats |       |

**Deltagaravgift**: 2 500 kr exkl. moms

Deltagaravgiften kommer att faktureras din hemortsklinik efter skrivningsdagen.

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

**Är du osäker kontakta din ekonomiansvarig vid din klinik.**

**FAKTURAADRESS**

|  |  |
| --- | --- |
| Faktura adress |       |
| Kostnadsställe/referens |       |
| Godkänt av verksamhetschef | [ ] JA [ ]  NEJ | Namn      |

**UPPGIFTER OM ÖVERVAKARE VID SKRIVNINGSTILLFÄLLET**

Person som utvalts av din klinikchef

|  |  |
| --- | --- |
| Namn |       |
| Mobiltelefon |       |
| Epost adress |       |

FYLL I ANMÄLAN, ”spara som” till din dator och maila den till agneta.wittlock@ki.se
senast 2024-01-26