**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](mailto:agneta.wittlock@ki.se)   
senast 2024-01-26