**Specialistskrivning inom Öron-, Näs- och Halssjukdomar  
21 mars 2025**

**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 fakturaadressen** nedan, inkl kostnadsställe/referens.

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

**FAKTURAADRESS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fakturaadress |  | |
| Kostnadsställe/ referens |  | |
| Godkänt av verksamhetschef | JA  NEJ | Namn |

**UPPGIFTER OM ÖVERVAKARE VID SKRIVNINGSTILLFÄLLET**

Person som utvalts av din klinikchef

|  |  |
| --- | --- |
| Namn |  |
| Mobiltelefon |  |
| Epostadress |  |

FYLL I ANMÄLAN, ”spara som” till din dator och maila med ämnesraden ”Anmälan specialistskrivning 2025\_Efternamn-Förnamn” till [hummel.linnea@gmail.com](mailto:hummel.linnea@gmail.com) senast 2025-01-31.