



**LUNDS
UNIVERSITET**
Medicinska fakulteten

**Anmälan till kurs i
Hjärt-MR
6-9 maj 2019**

SÖKANDE

Efternamn

Förnamn

Befattning / Yrke

Specialkost, matallergi el. dyl

Telefon (arb) även riktnummer

Klinik / Avd

Sjukhus / Postadress

Postnummer

Ort

E-postadress (för bekräftelse och övrig korrespondens)

UPPGIFTER för FAKTURERING av kursavgiften (SEK 7.500,- exkl moms). OBS! Obligatorisk uppgift

Faktureringsadress

Postnummer

Ort

Referens

Organisationsnummer

DATUM och UNDERSKRIFTER

Datum

Sökande

Verksamhetschef/motsv

ANMÄLAN SKICKAS TILL:

Godkänner kursdeltagande

Lunds universitet, Avd för klinisk fysiologi

Att. Kerstin Brauer

Skånes universitetssjukhus, Lund, 221 85 Lund

Fax: 046-15 17 69, Tel: 046-17 33 02

kerstin.brauer@med.lu.se

Anmälan oss tillhanda senast 2019-04-05