

Anmälan

Consulkurs Diabetes & Lipidsjukdom

Lund 22-26 april 2024

Namn	Personnummer
Arbetsplats	Telefonnummer
Adress	
e-mailadress	
Faktureringsadress	
Namn på chef som godkänt deltagande och kursavgift	
ST-tjänst påbörjad år	

Härmed ansöker jag om deltagande i ovanstående Consulkurs
(Ort, datum)
(Signatur)

Jag önskar delta på kursmiddag, kvällen tisdagen den 23 april JA

NEJ