

Anmälningsblankett

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

MEDICIN SAHLGRENSKA

Kursbenämning:

Consulkurs i Göteborg 13-17 oktober 2025.

Spec.komp i Endo/Diab

togs ut/planeras tas ut År: _____

Handläggare:

Annika Reibring

Mail:

sef@medic.gu.se

Anna Olsson

sef@medic.gu.se

DELTAGARE-FAKTURERINGSADRESS (Vg. texta tydligt!)

Namn:**Personnr:****Mail:****Specialkost/Allergi****Arbetsplats:****Organisationsnr:** (Ej VGR-anställd)**Faktureringsadress:** (Ej SU-anställd)**Samt Best ID/Referens:****I-nr, Beställar id:** (För VGR-anställd)

Kursavgiften är satt till 9100 kr. Anmälan är bindande. Kursavgiften återbetalas inte men en ersättare kan överta platsen vid behov.
För icke VGR-anställda tas moms på 25% ut.

Belopp exkl. moms: 9100 kr**Huvudmannens påskrift:****Datum:****Namnförtydligande:**

VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Skriv ut anmälan för påskrift. Skanna/fota sedan anmälan och maila till: **sef@medic.gu.se**