

Kurs	Kursbeteckning Ung i SFAI - Utbildningsdag om hjärtsvikt		
	Kursansvarig: e-postadress :	Kursdatum 20151016	
Person- uppgifter	Personnummer		
	Efternamn och tilltalsnamn		
	Utdelningsadress (arbetsplats)		
	Postnummer	Postort	E-mail
	Mobilnummer		Telefonnr till arbetet (även riktnummer)
ST-läkare/ Specialist	Specialitet		
	Antal aktiva tjänstgöringsmånader efter legitimationsdatum	Varav inom anesthesi- och intensivvård	
Övriga upplysningar	Specialkost/Allergier etc		
	<input type="checkbox"/> Sökanden är medlem i SFAI <input type="checkbox"/> Sökanden är inte medlem i SFAI <input type="checkbox"/> Är specialistkompetent sedan.....		
Underskrift	Datum	Ort	
	Sökandes namnteckning		

Kursavgift 395:- inkl moms.

Ansökan skickas till anders.silfver@regiongavleborg.se
senast **30 september 2015**.

Godkännes	Verksamhetschef eller motsvarande	Namnförtydligande Viktigt!
------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Arbetsplatsens organisationsnummer: _____

Fakturaadress inklusive kostnadsställe: _____
