

Ansökningsblankett till KUB-kurs

Kurs	Kurstitel	
	Kursansvarig	Kursdatum
Person- uppgifter	Personnummer	
	Efternamn och tilltalsnamn	
	Utdelningsadress (arbetsplats)	
	Postnummer/ort	E-post
	Telefon hem/mobil	Telefon arbete
	ST-läkare <input type="checkbox"/>	Specialist/Öl <input type="checkbox"/> Specialist sedan _____ Subspecialitet _____
	Antal aktiva tjänstgöringsmånader efter legitimationsdatum	Varav inom kirurgi
Övriga Uppllysningar		
	Sökande är medlem i SKF <input type="checkbox"/>	Sökande är inte medlem i SKF <input type="checkbox"/>
Underskrift	Datum och ort	
	Namnteckning	

Ansökan är godkänd av verksamhetschef _____

Kursdeltagare som inte är medlem i Svensk Kirurgisk Förening debiteras en högre kursavgift.
Anmälan är bindande, dvs även vid återbud äger kursgivaren rätt att debitera kursavgift!

Fakturaadress: _____

Ansökan skickas till kursgivaren.