



LUNDS
UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Anmälan till kurs i

ARBETSPROV och ERGOSPIROMETRI



3–6 april 2017 (v. 14)

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 6.100,- exkl moms). OBS! Obligatorisk uppgift

Faktureringsadress

Postnummer

Ort

Referens

Organisationsnummer

DATUM och UNDERSKRIFTER

Datum

Sökande

Verksamhetschef/motsv

Godkänner kursdeltagande

ANMÄLAN SKICKAS TILL:

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 2017-03-10