Anmälan AIS – provider course Stockholm 9–10 april 2019

|  |  |
| --- | --- |
| Namn |  |
| Titel |  |
|  |  |
| Adress till arbetet |  |
| (Delar av kursmaterialet måste  |  |
| skickas med post) |  |
|  |  |
|  |  |
| Telefon |  |
|  |  |
| E-post |  |
|  |  |
| Fakturaadress |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Chefs godkännande\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Skicka till

Tina Friberg
Traumaregister Karolinska
Karolinska Universitets Sjukhuset, Solna

Norrbacka, S3:01
171 76 Stockholm

Eller mejla till tina.friberg@sll.se

Fax till 08-517 765 47