Anmälan AIS – provider course, digitalt 6–8 decmber 2021

|  |  |
| --- | --- |
| Namn |  |
| Titel |  |
|  |  |
| Arbetsplats |  |
| (AAAM vill ha detta för att skriva |  |
| kursintygen) |  |
|  |  |
| Adress Arbetet |  |
| (Delar av kursmaterialet måste |  |
| skickas med post) |  |
|  |  |
|  |  |
| Telefon |  |
|  |  |
| E-post |  |
|  |  |
| Fakturaadress |  |
| Inklusive organisationsnummer |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

Skickas till

mejl [tina.friberg@sll.se](mailto:tina.friberg@sll.se)

alt. fax 08-517 765 47

alt. Tina Friberg

Traumaregister Karolinska

Karolinska Universitets Sjukhuset, Solna

Norrbacka, S3:01

171 76 Stockholm