

Ansökan om ackreditering av KUB-kurs

Kurstitel		Kursdatum	
Kursort		Prel antal deltagare	
Kursen riktar sig till ST <input type="checkbox"/>		Specialist/öl <input type="checkbox"/>	
Kursledare	Namn		
	Adress		
	E-post		
	Tel arbete		Mobil
Kursinnehåll			
Föreläsare			

Ja, jag har tagit del av SKF:s information om arrangerande av KUB-kurser och avser att följa de krav som anges.

Budget bifogas.

Datum	Underskrift
	Namnförtydligande

Ansökan skickas till

Svensk Kirurgisk Förening
Box 503, 114 11 Stockholm
Fax 08-20 03 35
kansliet@svenskkirurgi.se