



UTBILDNING OCH AKTIVITET

Bilaga 3 - Äskande om utbildning C-mål

Att.
International Office
Alwallhuset, Barngatan 2A
222 42 Lund

INFORMATION OM LÄKARE OCH VERKSAMHET (*Obligatoriska uppgifter)

| |
|----------------------|
| *LÄKARENS FÖRNAMN: |
| *LÄKARENS EFTERNAMN: |
| *LÄKARENS RSID: |

| |
|---------------|
| *VERKSAMHET: |
| *FÖRVALTNING: |
| ORT: |

INFORMATION OM UTBILDNINGEN/KONGRESSEN

| | |
|---|-------------------------------------|
| *NAMN PÅ UTBILDNING: | |
| *LAND OCH ORT: | |
| *TIDSPERIOD YYYY-MM-DD → YYYY-MM-DD: | |
| *UPPFYLLER FÖLJANDE C-MÅL: | |
| ÖVRIGT: | |
| *KOSTNAD FÖR UTBILDNINGEN/KONGRESSEN I SEK: | |
| *UPPSKATTAD KOSTNAD FÖR BOENDE OCH RESOR I SAMBAND MED UTBILDNINGEN/KONGRESSEN I SEK: | |
| *TOTAL UPPSKATTAD KOSTNAD I SEK: | UPPSKATTAT FAKTURADATUM YYYY-MM-DD: |
| *SIGNATUR STUDIEREKTOR: | DATUM YYYY-MM-DD: |

Skanna dokumentet med eventuella bilagor och skicka till International Office

IFYLLES AV INTERNATIONAL OFFICE

| | |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Bifall <input type="checkbox"/> Avslag | SIGN OCH DATUM: |
| EVENTUELLA KOMMENTARER: | |