

INTRESSEANMÄLAN

ACUTE MEDICAL EMERGENCIES (MedicALS) – 2010

Namn:

Personnummer:

Bostad

Gatuadress:

Postnummer/ort:

Tel.bost.:

Arbetsplats

Tjänsteställning:

Klinik/motsv:

Sjukhus:

Postadress:

E-post:

Tel arb.:

Mobiltel:

Fakturaadress (OBS! obligatorisk uppgift), var vänlig kontrollera om du har elektronisk fakturahantering.

Kursdatum:

~~10 – 12 februari (nr 1/10)~~

21 – 23 april (nr 2/10)

~~8 – 10 september (nr 3/10)~~

27 – 29 oktober (nr 4/10)

Kursort:

~~Göteborg~~ inställd

Göteborg

~~Göteborg~~ inställd

Göteborg

Jag önskar i första hand gå kurs nr :

Jag önskar i andra hand gå kurs nr:

Jag önskar i tredje hand gå kurs nr:

Jag har tidigare genomgått MedicALS utomlands (år/kursort:.....)

Erfarenhet:

Jag är specialistkompetent i

Jag är ST-läkare imedårs erfarenhet inom specialiteten

Annan

Insändes till:

Anne-Marie Engström, PKMC, 405 44 Göteborg, fax 031-630581, anne-marie.engstrom@vgregion.se