



**LUNDS  
UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

**Anmälan till kurs i  
hjärt-MR  
19-22 maj 2025**

**SÖKANDE**

Efternamn

Förnamn

Befattning / Yrke

Specialkost, matallergi el. dyl

Telefon (arb) även riktnummer

Klinik / Avd

Sjukhus / Postadress

Postnummer

Ort

**E-postadress (för bekräftelse och övrig korrespondens)**

**UPPGIFTER för FAKTURERING av kursavgiften (SEK 7.500,- exkl moms). OBS! Obligatorisk uppgift**

Faktureringsadress

Postnummer

Ort

Referens

Organisationsnummer

**DATUM och UNDERSKRIFTER**

Datum

Sökande

Verksamhetschef/motsv

**ANMÄLAN SKICKAS TILL:**

**Godkänner kursdeltagande**

Lunds universitet, Avd för klinisk fysiologi  
Att. Ingela Byström  
Skånes universitetssjukhus  
221 85 Lund  
ingela.bystrom@med.lu.se

**Anmälan oss tillhanda senast 2025-04-25**