
Anmälan Att leda sjukvård 2019-2020

OBS! Skicka in anmälan senast 30 april 2019

Personuppgifter, v.g. texta

NAMN _____

POSTADRESS _____

TELEFON ARBETE _____ E-POST _____

BEFATTNING _____ FÖDELSEDATUM (ÅÅ/MM/DD) _____

ARBETSGIVARE _____

JAG ÄR MEDLEM I: SVENSK ORTOPEDISK FÖRENING ANNAN KIRURGISK FÖRENING _____

Min anmälan till programmet innebär följande:

Aktivt deltagande

Jag anmäler mig till programmet, har bokat in modulerna i min kalender så att jag närvarar vid samtliga tillfällen samt kommer kunna avsätta viss tid (ca 1 dag) mellan moduler för arbete med viktiga verksamhets- och affärsfrågor kopplade till programmets innehåll.

Att Leda sjukvård 2019 – 2020:

Modul 1: 13 nov. 2019 17:00 till 15 nov. 2019 16:00

Modul 2: 22 jan. 2020 10:00 till 24 jan. 2020 16:00

Modul 3: 4 maj 2020 10:00 till 6 maj 2020 16:00

Modul 4: 19 nov. 2020 17:00 till 20 nov. 2020 16:00

Avanmälan

Anmälan är bindande. Vid eventuellt förhinder att delta i programmet skall detta omgående skriftligen meddelas sofkansli@ortopedi.se samt annika.kane.nolte@exedsse.se.

Programavgift

Programavgiften om 57 000 SEK faktureras deltagarens arbetsgivare av Handelshögskolan i Stockholm Executive Education med 3 månader innan programstart. Mervärdesskatt tillkommer på angivna programavgifter.

Resor och logi

Kostnader för resor och logi ingår ej i programavgiften utan bekostas av deltagaren själv. Handelshögskolan i Stockholm Executive Education bokar logi på kursgården. Deltagaren ansvarar själv för av/ombokning enligt kursgårdens regler samt för eventuella avbokningskostnader.

Vänligen beskriv kortfattat din motivering till att du vill gå programmet Att leda sjukvård 2018. Har du ledaruppdrag inom din profession idag?

Hur tror du att programmet kan göra mest nytta för dig själv och din verksamhet?

ANMÄLAN GODKÄNNES AV NOMINERANDE CHEF OCH KURSAVGIFT FAKTURERAS NEDAN ARBETSGIVARE

NOMINERANDE CHEF _____

TITEL/BEFATTNING _____

TELEFON ARBETE _____ E-POST _____

ARBETSGIVARE _____

ORGANISATIONSNR _____

KOSTNADSSTÄLLE _____

FAKTURAADDRESS _____

UNDERSKRIFT SÖKANDE

UNDERSKRIFT NOMINERANDE CHEF

ORT OCH DATUM

ORT OCH DATUM

UNDERSKRIFT

UNDERSKRIFT

NAMNFÖRTYDLIGANDE

NAMNFÖRTYDLIGANDE

Denna anmälan postas eller mailas inskannad senast 30 april 2019 till:
Postadress: Svensk Ortopedisk Förening, Tuna Industriväg 4, 153 30 JÄRNA
E-post sofkansli@ortopedi.se

ANSÖKAN GODKÄNNES AV SVENSK ORTOPEDISK FÖRENING

ORT OCH DATUM

NAMNUNDERSKRIFT

NAMNFÖRTYDLIGANDE