



ALZHEIMER
FÖRENINGEN
— i Sverige —

Anmälningssblankett Utbildning för demenssjuksköterskor Spetskompetens i demensvård

Namn: _____
(Var god texta)

Tjänst: _____

Arbetsplats: _____

Adress: _____

Postnummer: _____ Ort: _____

Tfn arbetsplats: _____

Ev. specialkost: _____

Faktura sändes till: _____

Adress: _____

Betalande enhet: _____ Ref. nr: _____

Datum: _____

Underskrift: _____

OBS. Anmälan är bindande!

Anmälan sändes till:

Alzheimerföreningen i Sverige

Kristina Westerlund

Box 197

221 00 Lund