



Reseersättning AT-läkare som tjänstgjort i primärvård

Ifylld blankett skickas till utbildningsadministratör på Utbildningscentrum, S-huset, USÖ

AT-läkarens uppgifter

Förnamn	Efternamn	
Gatuadress	Postadress	Ort
Telefonnummer		
Placerad på vårdcentral		
Tidsperiod Fr o m	T o m	

Underskrift AT-läkare	
Namnförtydligande	Datum

Underskrift vårdcentralchef	
Namnförtydligande	Datum

Fylls i av utbildningscentrum

Belopp	
Underskrift AT-chef	
Namnförtydligande	Datum