



**Ansökan om Återbetalning av utlägg
för PPD-test/BCG-vaccination
Sjuksköterskeprogrammet**

Tilltalsnamn		Efternamn	
Adress	Postnummer och ort	Telefon	
Önskar återbetalning för: <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> PPD-test _____ sek <input type="checkbox"/> BCG-test _____ sek = _____ sek</div> Insättning på: Bank: _____ Personkontonummer: _____ Clearingnummer: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 45%; text-align: center;">..... Sökandes underskrift</div><div style="width: 45%; text-align: center;">..... Datum</div></div>			
Häfta Dina kvitton här.			

Lämnas till akademisekreterare Michelle Rydback (Hus 51)

Uppdaterad 23 mars 2012