

Kontaktinformation avseende person/personer som vidimerat bilagorna			
Namn 1			
Adress 1			
Namnsteckning/ Signatur 1		Telefon 1	
Namn 2			
Adress 2			
Namnsteckning/ Signatur 2		Telefon 2	

Ansökningsavgift	
<input type="checkbox"/>	Jag har betalat in 150 kr på bankgiro nr 438-5852 med namn och adress på talongen

Publicering på MTF:s hemsida	
<input type="checkbox"/>	Jag godkänner att mitt namn publiceras på MTF:s hemsida vid godkänd certifiering

Underskrift	
Jag försäkrar att ovanstående uppgifter och bilagda handlingar är korrekta	
Datum för ansökan	
Namnsteckning	
Namnförtydligande	

Skriv ut blanketten (helst dubbelsidigt om du har möjlighet), fyll i samt underteckna och skicka den tillsammans med övrig dokumentation enligt ovan till:

MTF Kansli
 Certifieringskommittén
 Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge
 C2:48
 141 86 STOCKHOLM