

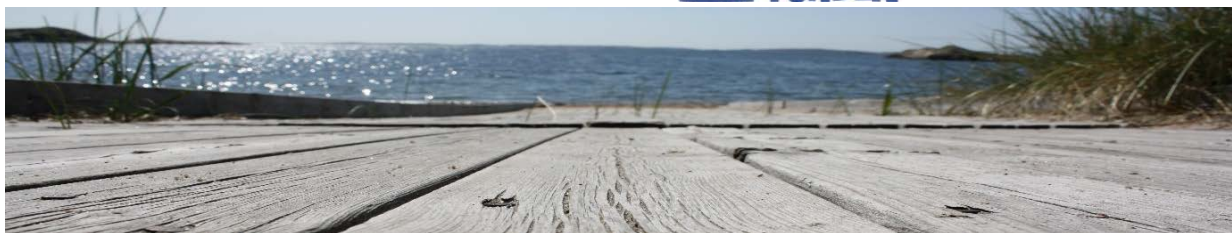
UTBILDNINGSDAGAR



**BARNCANCER
FONDEN**



ÅGRENSKA



Anmälan gäller diagnos	Datum

Förnamn		Efternamn	
Befattning/yrke		Mobil/Telefon	
Jag är medföljande skolpersonal till, (uppgi barnets namn)			
Adress			
Postnr	Ort		
E-post adress			

Jag är medföljande skolpersonal, Barncancerfonden betalar Ja Nej

FAKTURERINGSADRESS OM ANNAN ÄN OVAN	
<i>Glöm ej ange, Mottagarkod/kostnadsställe/beställar-id/referensnummer</i>	
Företag	
Kontaktperson	Telefon
Adress	
Postnr	Ort
Mottagarkod/kostnadsställe/beställar-id/referensnummer	

KOST
Kost/Allergi <input type="checkbox"/> Normal kost <input type="checkbox"/> Vegetarisk kost <input type="checkbox"/> Glutenfri kost <input type="checkbox"/> Laktosfri kost <input type="checkbox"/> Specialkost <input type="checkbox"/> Allergi
Specificera Specialkost/Allergi
Upplysningar

**Skicka anmälan till:
Ågrenska, Familjeverksamheten, Box 2058, 436 02 HOVÅS**

Genom att lämna uppgifter om din person godkänner du att Ågrenska/NFSD registrerar dina uppgifter i vårt administrativa system. Vi använder uppgifterna i våra interna register, för uppföljning och för att skicka information om våra verksamheter. Därutöver lämnar vi inte ut uppgifterna till annan person eller verksamhet. Du har möjlighet att få tillgång till de uppgifter vi registrerar om dig, få dem rättade, få dem raderade och få dem flyttade.