## Søknad om refusjon fra Utdanningsfond II

*(For allment praktiserende leger, privatprakt. spesialister, leger i arbeids- eller samfunnsmedisinsk hovedstilling)*

|  |
| --- |
| * Legg ved kopi av kursbevis, bekreftet deltakelse eller fakturert kursavgift og kvittering på utgifter som søkes refundert. Lag en oversikt og stift sammen bilag.
* Søknadsfrist er 3 måneder etter kursets slutt. Søknad innkommet senere vil bli avslått.
* Benytt ett skjema per kurs! Refusjon utbetales kun til gyldig bankkontonummer.
 |
|  |

***Nødvendige søknadsdetaljer***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **HPR-nummer** | **Kontonummer** | **Kursnummer (for kurs arrangert av Legeforeningen)** | **Epostadresse** |
|  |  |  |  |

***A. Personopplysninger*** (må stemme med dine profilopplysninger i www.legeforeningen.no)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Etternavn/Fornavn |  | Fødselsnummer (11 siffer) |  | ***Søknaden sendes*** Den norske legeforeningUtdanningsfond IIPostboks 1152 sentrum0107 OSLOHenv. ved spørsmålTlf.: 23 10 90 00, innvalg 2, deretter 3Faks: 23 10 90 60utdanningsfond@legeforeningen.no |
| Privat postadresse |  |  |  |
| Arbeidssted | Stilling |  |
| Spesialist i | Under spesialisering i |  |

***B. Kursopplysninger***

|  |  |
| --- | --- |
| **Kurstittel (påkrevet)** | **Kurstype** 1. Obligatorisk for spesialistutdanning 🞏(Sett kryss) 2. Valgfritt for spesialistutdanning 🞏3. Etterutdanning for spesialister 🞏 |
| **Kursarrangør** (Sett kryss)  1. Dnlf's sekretariat 🞏 4. Yrkesforening 🞏 7. Offentlig inst. 🞏  2. Med. fak./koord.kontor 🞏 5. Fagmedisinsk for. 🞏 8. Annen arrangør innland 🞏  3. Fylkesavdeling 🞏 6. Spesialforening 🞏 9. Annen arrangør utland 🞏  |

***C. Reiseopplysninger***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Avreise**Dato:Kl: | **Hjemkomst**Dato:Kl: | **Reiserute** |

***D. Spesifikasjon av søknadsbeløp***

|  |  |
| --- | --- |
| **Kursavgift** (**kun** til obligatoriske grunnkurs A, B, C, D i allmennmed. 50 % av kursavgift til obligatoriske kurs i samfunnsmed. Veiledningsavgift for veiledningsgrupper i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin.) Faktura og kvittering fra nettbank for betalt kurs- eller veiledningsavgift vedlegges. | **Kr** |
| **Reiseutlegg** (originale kvitteringer vedlegges) Vennligst spesifiser og summer. *SUM Reiseutlegg* | **Kr** |
| Bruk av egen bil Km: Refusjon per km: kr 1,70Passasjertillegg/navn Km: Refusjon per km: kr 0,40 | **Kr** |
| **Overnatting og diett** |  | **Kr** |
| Overnatting: Maks. kr 1 000,- per natt innland, kr 1 500 per natt utland. Utgifter til lunsj og middag kr 400 per dag, såfremt er fakturert av kursarrangør eller gjelder helpensjon på hotell. Originale kvitteringer vedlegges. Mat fra div. spisesteder etc. refunderes ikke.Antall døgn overnattet: *SUM* |  |
| **Egenandel per kurs/delkurs kr 500** | - kr 500 |
|  **Totalt søknadsbeløp** | **Kr** |
| **Dato Underskrift*****Jeg bekrefter at mine profilopplysninger er oppdatert på www.legeforeningen.no.*** ***Det bekreftes at legemiddelindustrien ikke har bidratt økonomisk eller praktisk v/min deltakelse på ovennevnte kurs/kongress*** |

*Sist oppdatert 21.1. 2016*

*Se Legeforeningens hjemmesider* [*www.legeforeningen.no*](http://www.legeforeningen.no) *for fullstendige retningslinjer og søknadsskjema*