

SVENSKA NEUROMUSKULÄRA ARBETSGRUPPEN - SNEMA

Ansökan om resestipendium

Medlemmar i SNEMA kan ansöka om resestipendium för t ex kongressresor eller studie/auskuleringsresor. Egen presentation värderas högt vid bedömningen. ST-läkare samt specialister inom högst 5 år efter specialistbevis prioriteras högre. Krav på kort reseberättelse/kongressrapport som både lämnas skriftligt till SNEMA, men skall helst även presenteras muntligt på ett nationellt möte (tex SNEMAs årsmöten) och/eller inom egen klinik. Vid auskultering på annan klinik bör bifogad (bilaga 2) bekräftelse skrivas på av handledare på mottagande auskuleringsenhet. Maxbelopp inrikes 15.000 kr, utrikes 20.000 kr.

Namn:	Personnummer:
Tjänst:	Klinik:
Adress:	
Mejladress:	
Utbetalning: Vart skall pengarna skickas? Ange kontonummer, post- bankgiro. Vid bankkonto skall även bankens namn och clearingnummer anges.	
Kort sammanfattning av syfte, mål och tid för resan. En något längre beskrivning av mål mm, bör fyllas i (se bilaga 1).	
Sökt belopp:	Sökt/beviljat stipendium för samma ändamål från annan givare/antal:
Kostnadsspecifikation (+ ev. bilagor) Resekostnader	Övriga upplysningar Vid kongressdeltagande ange om du presenterar egna resultat genom:
Uppehållskostnader:	Oral presentation: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Andra kostnader:	Poster: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Summa:	Abstrakt bifogas i samband med denna ansökan, eller tillsammans med kongressrapport:
Har tidigare erhållit resebidrag från SNEMA? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	För SNEMAs räkning Beslutat belopp datum
Om ja angiv när:	
Om ja, har redovisning avgivits: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Ort och datum	
Underskrift	Redovisningsdatum:

Bilaga 1: Motivering av sökt medel

SVENSKA NEUROMUSKULÄRA ARBETSGRUPPEN- SNEMAs resestipendium

Namn:

På vilket sätt är du involverad/intresserad av Neuromuskulär verksamhet på din eller annan klinik:

Redovisa kortfattat för ev. egen pågående forskning/kliniskt utvecklingsarbete inom det neuromuskulära fältet:

Antal ev publikationer med neuromuskulärt tema de senaste 5 åren:

Vart önskar du resa (namn på kongress/klinik/land):

Namn på kontaktperson/handledare på ev. mottagande auskulteringsenhet:

Resetid, fr o m / t o m datum:

Syfte med resan:

Hur planerar du använda kunskap vunnen under utbildningsresan inom din egen verksamhet:

Bilaga 2: Intyg från kontaktperson på auskulteringsenhet

**This is to verify that Dr. _____ has attended
my institution/clinic for an educational visit during the
period _____.**

Name of contact person:

Title:

Address of institution/clinic:

Signature:

Date: