



## Anmälan till vår digitala psoriasissskola

Datum \_\_\_\_\_

### Jag vill anmäla mig till Psoriasissskolan

Namn \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Postnummer \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Mejladress: \_\_\_\_\_

### Jag har närstående med mig:

Namn \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

### Postadress

Hudbehandling och dagsjukvård  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Gröna stråket 16 plan 3  
413 45 Göteborg

### Du kan även anmäla dig via:

- 1177.se
- Telefon 031-342 88 89,  
verksamhetsutvecklare Karin Olsson

**Vi återkommer till dig några veckor innan start!**