

# **Intyg driftskostnader**

**(bifogas ansökan om ALF forskningsutrymme för ST-läkare)**

Härmed intygas att handledaren finansierar *sökandes namn* driftskostnader om *sökandes namn* får tilldelning av ALF forskningsutrymme för ST-läkare.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift handledare

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnförtydligande