



Intyg från arbetsgivare gällande BAM, OSA och SAM

Härmed intygas att: _____ Personnr: _____

Får delta i kursen: _____

Datum och plats för kurs: _____

Viktigt! Faktureringsadress med organisationsnummer:

Arbetsgivaren förbinder sig härmed att betala deltagaravgiften.

Datum Arbetsgivarens underskrift

Telefon/E-post Arbetsgivarens namnförtydligande