



Swedish Academy of  
Cosmetic Dentistry

# ACKREDITERINGSANSÖKAN-SACD

## SACD - ackreditering

Ansökan till ackrediteringsprocessen. Fyll i & returnera till:

### SACD

BOX 530 85  
400 14 Göteborg  
info@sacd.se

**Namn:** \_\_\_\_\_ (v.g. texta)

Tandläkare

Tandtekniker

**E-postadress:** \_\_\_\_\_

**Deltagit i fotokurs godkänd av SACD den:** \_\_\_\_\_ (kursintyg bifogas)  
AAAA - MM - DD

**Deltog i SACD:s ackrediteringsseminarium den:** \_\_\_\_\_ (kursintyg bifogas)  
AAAA - MM - DD

Jag önskar delta i ackrediteringsprocessen och önskar erhålla information från SACD beträffande ackrediteringen. Jag är införstådd med att majoriteten av sådan information kommer att skickas via e-post, och jag önskar erhålla information till angiven e-postadress.

\_\_\_\_\_  
Sökandes underskrift

\_\_\_\_\_  
Datum  
AAAA - MM - DD