



# ANSÖKAN

## Om medlemskap i Svensk Kirurgisk Förening

Namn .....

Personnummer .....

Titel .....

Arbetsplats .....

E-post arbete .....

---

Bostadsadress .....

Postnummer, ort.....

Mobil .....

---

Datum för läkarexamen .....

Datum för legitimation .....

Datum för specialistkompetens (om specialist).....

Jag samtycker till att Svensk Kirurgisk Förening lagrar mina personuppgifter.

Datum för ansökan .....

Egen namnteckning .....

Klinikchef eller handledares påskrift  
som rekommendation för medlemskap .....

*Insändes till:*

*Svensk Kirurgisk Förenings kansli*

*Box 503, 114 11 Stockholm*

*kansliet@svenskkirurgi.se*