



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