



# 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).....

Datum för ansökan .....

Egen namnteckning .....

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

*Insändes till:*  
Svensk Kirurgisk Förenings kansli  
Box 503, 114 11 Stockholm  
Fax 08-20 03 35  
kansliet@svenskkirurgi.se