



ANSÖKAN

Om medlemskap i Svensk Kirurgisk Förening

Namn

Bostadsadress

Postnummer, ort

Mobil

Personnummer

E-post:
(SKF föredrar privat e-postadress för att undvika studsar/felmeddelanden)

Titel

Arbetsplats

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 738
101 35 Stockholm

Skanna/ta bild och sänd till:
kansliet@svenskkirurgi.se