



# ANSÖKAN 2026

## 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/handledares påskrift  
som rekommendation för medlemskap.....

Namnförtydligande klinikchef/handledare .....

Klinikchef/handledares e-postadress.....

**Insändes till:**  
**Svensk Kirurgisk Förenings kansli**  
**Box 738**  
**101 35 Stockholm**

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