

## ANSÖKAN

Om medlemskap i Svensk Kirurgisk Förening

Namn:

Personnummer:

Titel:

Arbetsplats:

---

Bostadsadress:

Postnummer:

Ort:

Tel:

Email:

---

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  
Föreningens sekreterare  
Barbara Dürr  
SKF's kansli  
Grev Turegatan 10 E, 2 tr  
114 46 Stockholm**

Årsavgiften är f n 700 :-