



Ansökan om medlemskap

Namn*

Personnummer*

Arbetsadress (fullständig, inkl postnummer)*

Hemadress (fullständig, inkl postnummer)

Telefon Arbete*

Telefon Privat

E-postadress*

Datum för specialistkompetens (om specialist)

* obligatoriska uppgifter

För medlemskap krävs att man är medlem i Svensk Kirurgisk Förening.

Datum _____ Underskrift _____

Ansökan skickas till:

Svensk Förening för Bröstkirurgi
Fredrik Wärnberg
Kirurgiska kliniken Akademiska Sjukhuset
751 85 Uppsala
Mobiltelefon: 070-614 62 51
Epost: fredrik.warnberg@akademiska.se
