

Medlemskap obligatoriskt för sökanden

Denna ansökan skickas per post till kursgivaren

Personuppgifter:

Personnummer: _____ Namn: _____

Faktureringsadress: _____

Hemadress: _____

Postnr, postort: _____ Tel. till bostad: _____

E-post: _____ Tel. till arbete: _____

Sökt kurs:

Utbildningsuppgifter:

1. Har svensk legitimation Legitimationsår: _____

2. Har annan nordisk legitimation Legitimationsår: _____

3. Beräknad tidpunkt för uttag av ögonspecialistkompetens: _____

Antal aktiva tjänstgöringsmånader ansökningsdagen inom ögonspecialiteten (avser heltid): _____

Antal hittills genomgåna SK/ST-kurser: _____

Utländsk tjänstgöringstid (månader) inom ögonsjukdomar som får tillgodoräknas för specialistkompetens: _____

Underskrift av sökanden:

Datum: _____ Ort: _____

Sökandes namnteckning: _____

Tillstyrkan av ansvarig handledare/verksamhetschef (motsv). Obligatorisk uppgift:

Namnteckning: _____ Tjänstgöringsklinik: _____

Namnförtydligande: _____ Tjänstgöringsadress: _____