



SVERIGES ÖGONLÄKARFÖRENING
Swedish Ophthalmological Society

Ansökan om medlemskap

Jag ansöker härmed om medlemskap i Sveriges Ögonläkarförening.

Personnummer _____

Namn _____

Adress _____

Postadress _____

Klinik _____

Datum och namnteckning _____

Jag rekommenderar _____

för medlemskap i Sveriges Ögonläkarförening

Datum och namnteckning _____

Namnförtydligande _____

Skickas till:

Björn Johansson
Facklig sekreterare
Universitetssjukhuset, Ögonkliniken, 581 85 Linköping