

Datum:



ANSÖKER HÄRMED OM MEDLEMSKAP I SVENSK NJURMEDICINSK FÖRENING

Namn	Födelsedatum
Befattning	
Tjänstgöringsadress	
Telefon Fax	e-mail
Bostadsadress	
Bostadstelefon	
Referensperson	

..... Signatur

Var vänlig och meddela oss vid ändringar av ovanstående uppgifter för att vi skall kunna hålla medlemsregistret så aktuellt som möjligt.

Postadress

Svensk Njurmedicinsk Förening
Att: Ola Samuelsson
Njurmedicin SU/Sahlgrenska
413 45 Göteborg

Telefon

Telefax

e-mail ola.samuelsson@vgregion.se