|  |
| --- |
| **Ansøgningsskema til DKO Legat.** |
| **NAVN** | **Cpr.nr.** |
| MEDLEM AF DKO  | Ja:  | Nej: |
| Lægevidenskabelig embedseksamen | År: | Resultat: |
| Speciallæge i KirurgiSpeciallæge i Kirurgisk GastroenterologiSpeciallæge i UrologiPh. D. eller Dr. Med. | År: |
| År: |
| År: |
| År:  |
| Nuværende ansættelse |
| Kort Begrundelse for ansøgningen (evt. dokumentation vedlagt). |
| E-mail: |
| Kontakt adresse: | Mob. Tlf: |
| Underskrift: |