

# INNMELDINGSFORMULAR

## Norsk medisinstudentforening

avd. av Den norske legeforening  
Legenes hus, Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo

Vennligst bruk datamaskin  
eller blokkbokstaver

Etternavn:	
Fornavn:	
Fødselsdato:	Personnummer:
Statsborgerskap:	
Universitet:	Land:
Universitetsadresse:	
Studium påbegynt dag/mnd/år.:	
Forventet eksamen dag/mnd/år.:	
Bostedsadresse - studiested:	Tlf.:
Bostedsadresse - hjemsted:	Tlf.:
E-postadresse:	

Abonnerer nå på Tidsskrift for Den norske legeforening:  Ja  Nei

Ønskes ansvarsforsikring v/midlertidig lisens må dette tegnes særskilt. Ta kontakt med Legeforeningen.

Gift med lege/stud.:  Nei  Ja - Navn: \_\_\_\_\_ Medl.nr.: \_\_\_\_\_

Videregående/artium  
skole (navn/sted): \_\_\_\_\_ Eks.år: \_\_\_\_\_

Annen godkjent utdanning: \_\_\_\_\_

Tidsskrift bes sendt:  Studiested  Hjemsted

Faktura bes sendt:  Studiested  Hjemsted

Undertegnede ønsker å bli medlem av Norsk medisinstudentforening, avdeling av Den norske legeforening.  
Jeg er kjent med foreningens lover og bestemmelser og vedtar disse som bindende for meg.  
Innmeldingsskjemaet returneres Den norske legeforening, v/administrasjonsseksjonen.

\_\_\_\_\_  
Sted/dato

\_\_\_\_\_  
Underskrift