DEN NORSKE LEGEFORENING

Bestilling av identitetskort for leger med norsk autorisasjon

Søknad /erklæring om
bruk av Den norske legeforenings ID-kort

HPR/ID-nummer: ..……..…

Fornavn (store bokstaver)……..

Etternavn (store bokstaver)……...

Fødselsnummer (11 siffer) …….

Adresse (store bokstaver)……..

……..……

Jeg erklærer at ID-kortet vil bli returnert Legeforeningen dersom:

- **Mitt medlemsskap i Legeforeningen opphører eller**
- **Min autorisasjon som lege bortfaller**

…… Sted

……..…..…….. Dato

……..……..……. Underskrift

Søknaden sendes til:
Den norske legeforening, ID-kort, Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo
Kopi av norsk autorisasjon ønskes vedlagt.

Sjekkpunkter: (fylles ut av Legeforeningen)

…….
Medlemsnummer:

…….
Autorisasjon fra dato:

…….
Dato / sign.

FOTO
LIMES
HER

SIGNATUREN SKRIVES MED PENN
INNENFOR KLAMMENE