# Ansökningsblankett för Kvinnliga Läkares Förenings Stiftelse

Avser stipendium p.g.a. sjukdom/hög ålder

Namn: .........................................................................................................................................................

Födelseår: .................................................................................................................................................

Läkarexamen år: .......................................................................................................................................

Nuvarande arbetsplats och befattning: .......................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………..

Adress .........................................................................................................................................................

E-post: ........................................................................................................................................................

Tel.nr: .........................................................................................................................................................

Kontonummer: .......................................................................................................................................

Jag ansöker om .................................... kr. (maximal stipendiesumma är 10.000 kr)

....................................................den .........../............

Ort och datum

…………………………………………………………………………………

Namnunderskrift

Till ansökan bifogas ett brev med mer information om hur du kommer att använda ett eventuellt stipendium samt syftet med stipendiet.

Välkommen med Din stipendieansökan!