

MEDICINSKA FÖRENINGENS SAMSTIFTELSE FÖR STUDIERESOR

PERSONAL INFORMATION

LAST NAME, FIRST NAME Klicka eller tryck här för att ange text.	SOCIAL SECURITY NUMBER Klicka eller tryck här för att ange text.	EMAIL Klicka eller tryck här för att ange text.
BANK Klicka eller tryck här för att ange text.	ACCOUNT NUMBER Klicka eller tryck här för att ange text.	CLEARING NUMBER Klicka eller tryck här för att ange text.
ACCOUNT HOLDER IF OTHER THAN ABOVE Klicka eller tryck här för att ange text.		PHONE NUMBER Klicka eller tryck här för att ange text.

STUDY INFORMATION

PROGRAM Klicka eller tryck här för att ange text.	CURRENT SEMESTER/YEAR Klicka eller tryck här för att ange text.
LADOK EXTRACT ATTACHED CONFIRMING REGISTRATION AT KI	<input type="checkbox"/> YES
DATE OF ENROLLMENT AT EDUCATION AT KI (must be more than 1 year ago) Date	
CURRENT MEMBER OF MEDICINSKA FÖRENINGEN	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

Obs: We will control membership of Medicinska Föreningen. You can not be a member of the board of MF or FUM.

STUDY TRIP

DESTINATION	.
DURATION OF TRIP	Klicka eller tryck här för att ange text.
AIM OF TRIP	Aim of trip If other
TOTAL ESTIMATED COST OF TRIP	Klicka eller tryck här för att ange text.
PART OF AN EXCHANGE PROGRAMME? (EG LINK)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO, ORGANISED BY MYSELF
OTHER FUNDING FOR THE TRIP? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, SOURCE AND AMOUNT: Klicka eller tryck här för att ange text.
TUITION FEES? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, AMOUNT: Klicka eller tryck här för att ange text.

PERSONAL LETTER

A short summary of why you are applying for this scholarship. What is your study trip about? Tell us about the purpose of your trip, what you will do and learn and why we should grant you the scholarship.

Klicka eller tryck här för att ange text.

ATTACHEMENTS

Please list attached documents below.

1. LADOK extract confirming registration at KI
2. Klicka eller tryck här för att ange text.
3. Klicka eller tryck här för att ange text.
4. Klicka eller tryck här för att ange text.
5. Klicka eller tryck här för att ange text.

SIGNATURE

I consent to the processing of my personal data (including any personal data belonging to the special categories specified in GDPR article 9.1) which I have submitted in my scholarship application for consideration and decision-making regarding my application and for follow-up and statistics regarding scholarships and scholarship applications.

I hereby declare that this application is truthful and accurate and that it is completed to the best of my abilities.

_____ Date Location

Name