

1. ANSÖKAN OM MEDLEMSKAP

Medlemskap Elevmedlemskap

Elevmedlemskap kan sökas om du utbildar dig vid en skola ansluten till SFKM. Skolan måste styrka detta nedan. Skola intygar:



Skandinaviska
Förbundet
Komplementär
Medicin

Medlems nr (ifylles av SFKM)

Posta din ansökan till:
SFKM
C/o: P. Velte,
Brattåskärsv. 203, 416 50 Göteborg
Tel 0303-103 30

Signatur och skola

1. Personuppgifter

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Bostadsadress		
Postnummer och ort		Telefon
E-post		Mobil

2. Genomförda eller pågående komplementärmedicinska och skolmedicinska utbildningar

Utbildning	Skola	Utbildningsperiod

3. Företagsuppgifter

Företagsnamn	Telefon, företag
Kontaktperson	Telefon, privat
Praktikadress	Mobil
Postnummer och ort	E-post
Org. nr.	Hemsida

4. Som medlem kan du teckna förmånliga försäkringar. Kryssa i de du önskar teckna.

<input type="checkbox"/> BEHANDLINGSSKADE- OCH ANSVARSFÖRSÄKRING
<input type="checkbox"/> Tilläggsförsäkring: COACHFÖRSÄKRING
<input type="checkbox"/> Tilläggsförsäkring: PRAKTIKFÖRSÄKRING
<input type="checkbox"/> Tilläggsförsäkring: AKUPUNKTURFÖRSÄKRING
<input type="checkbox"/> PERSONFÖRSÄKRINGAR. Jag vill bli kontaktad av Adekvat ang. något av följande försäkringar: Sjukförsäkring, Olycksfallsförsäkring, Livförsäkringar samt Barn- & Ungdomsförsäkring.

5. Betalningsupplägg

<input type="checkbox"/> Helt kalenderår
<input type="checkbox"/> Halvt kalenderår (Går ej på elevmedlemskap)
Medlemskap löper alltid på kalenderår oavsett om du betalar hel- eller halvårsvis.

6. Hur kom du i kontakt med SFKM?

<input type="checkbox"/> Genom hemsidan	<input type="checkbox"/> Annons
<input type="checkbox"/> Genom rekommendation	<input type="checkbox"/> Annat

Till denna ansökan skall bifogas kopior på utbildningsbevis betyg, diplom etc. Om du utbildat dig vid skola som inte är ansluten till SFKM behöver du även bifoga kurs- och timplan för utbildningen. SFKM bedömer den sökandes utbildning enligt av styrelsen fattade normer. Efter ansökans godkännande skickas faktura på avgift till dig. Efter betalning registrerats sänds medlemsintyg och övrig information.

6. UNDERSKRIFT

_____ Datum	_____ Namnteckning	_____ Ankomstdatum SFKM
----------------	-----------------------	----------------------------