



Ansökan om medlemskap

Denna ansökan skickas till SHR tillsammans med **betygskopior** från godkänd hudterapeut-utbildning.
Adress: SHR, Dalagatan 76, 113 24 STOCKHOLM. Telefon: 08-30 94 40. Fax: 08-33 81 51.

Uppgifter om den sökande

| | |
|------------|---------|
| Namn | |
| Adress | |
| Postnr/Ort | Telefon |
| E-post | |

Medlemskategori

- Egen företagare, organisationsnummer:**
- Önskar teckna salongsförsäkring och behandlingsskadeförsäkring* genom SHR.
 - Önskar teckna enbart behandlingsskadeförsäkring* genom SHR.
 - Jag vill **inte** att några uppgifter om salongen publiceras på SHR:s hemsida.

***Behandlingsskade-
försäkring är obligatorisk.**

- Anställd**
- Icke aktiv** (ej yrkesverksam)

| | |
|-------------|---------|
| Salongsnamn | |
| Adress | |
| Postnr/Ort | Telefon |

Utbildning

| | |
|---|--------------------------|
| Skola (betygskopior skall bifogas) | Utbildningen avslutad år |
|---|--------------------------|

Övriga upplysningar

| | |
|---------------|--------------|
| Ort och datum | Namnteckning |
|---------------|--------------|

SHR:s noteringar (ifylls ej av sökande)

- Godkännes
- Avslås #
- Erbjuds test Bet. kr datum
- Kat. Intr.dat.
- Sign. Datum
- Region B C D E F H I J

| |
|--|
| |
|--|

Ankomststämpel