



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. E-post: kansli@shr.nu

Uppgifter om den sökande

Genom denna ansökan lämnas samtycke till att kontaktuppgifter publiceras i medlemsmatrikeln på SHR:s interna hemsida, salongsuppgifter publiceras på SHR:s hemsida samt lämnas ut till externa mottagare såsom t. ex. leverantörer av hudvårdsprodukter och utrustning, i marknadsföringssyfte.

Namn	
Adress	
Postnr/Ort	Telefon
E-post	Personnr.

Medlemskategori

Egen företagare, organisationsnummer:

Egen företagare fyller i försäkringsuppgifter till höger.

Anställd

Ikke aktiv (ej verksam i branschen)

Gäller samtliga medlemskategorier:

- Jag vill **inte** att några uppgifter om salongen publiceras på SHR:s hemsida.
- Jag vill **inte** att mina uppgifter finns tillgängliga i medlemsmatrikeln på SHR:s interna hemsida.
- Jag vill **inte** att några uppgifter lämnas ut till leverantörer av hudvårdsprodukter.

Jag önskar teckna behandlings-skadeförsäkring* och företagsförsäkring (för dig som egen företagare).

Jag önskar teckna endast behandlings-skadeförsäkring* (för dig som anställd eller egen företagare med redan tecknad företagsförsäkring).

Jag önskar också teckna sjukavbrottsförsäkring (ifylld hälsodeklaration krävs).

***Behandlingsskadeförsäkring är obligatorisk för egen företagare.**

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

.....

Sign. Datum

.....

Bet. kr datum

Kat. Intr.dat.

Region B C D E F H I J

--

Ankomststämpel