



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

Personlig medlem - egen företagare, org.nr:

Både egen företagare och övriga fyller i försäkringsuppgifter till höger.

Personlig medlem - övriga

Om du är anställd i ditt eget bolag (AB, HB, KB, EF) så ska du välja kategori Egen företagare.

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 är egen företagare).

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

Jag önskar också teckna sjukavbrottsförsäkring (ifylld hälsodeklaration krävs).

***Alla medlemmar som utför hudvårds-behandlingar ska omfattas av en behandlingsskadeförsäkring**

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