



## Ansökan om personligt medlemskap

Denna ansökan skickas till SHR tillsammans med **betygskopior** från godkänd hudterapeut-utbildning.

Adress: SHR, Dalagatan 60, 113 24 STOCKHOLM. Telefon: 08-30 94 40. E-post: kansli@shr.nu

Namn	
Adress	
Postnummer/Ort	Telefon
E-post	personnummer

### Medlemskategori för personliga medlemmar

**Egen företagare, org.nr:** .....

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

**Övriga (anställd, ej aktiv i yrket etc)**

Salongsamn	
Adress	Hemsida
Postnummer/Ort	Telefon

### Utbildning

Skola/ort (betygskopior måste bifogas)	Utbildningen avslutad år/månad
--	--------------------------------

### Övriga upplysningar

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

**Alla medlemmar som utför hudvårdsbehandlingar ska omfattas av en behandlingsskadeförsäkring:**

- Jag önskar teckna endast behandlingsskadeförsäkring (för dig som är anställd eller egen företagare med redan tecknad företagsförsäkring).
- Jag önskar teckna behandlingsskadeförsäkring och företagsförsäkring.
- Jag önskar också teckna sjukavbrottsförsäkring.

**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.

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

### SHR:s noteringar (ifylls ej av sökande)

Godkännes

Medl. # .....

Avslås

Kategori .....

Erbjuds test/validering

Region B C D E F H I J

Annat .....

Sign. .... Datum .....