



Sveriges Hudterapeuters Riksorganisation

Ansökan om medlemskap för salong/spa

Spa- och salongsmedlem; fysisk eller juridisk person som inte själv är hudterapeut men som har anställd personal som är personlig, aktiv, medlem i SHR och där hudterapeutverksamheten utförs av denna anställda personal. Spa- och salongsmedlem har ej rätt att närvara vid årsmöte och är ej valbar styrelseledamot.

Observera att de anställda hudterapeuterna **måste** vara personliga medlemmar **innan** denna ansökan sänds in.

Uppgifter om salong/spa

Salongsnamn	
Adress (besöksadress/postadress)	
Postnr/Ort	Telefon
E-post	www

Uppgifter om ägare (fysisk person)

Namn	
Adress	
Postnr/Ort	Telefon

Uppgifter om näringsställe/bolag (juridisk person)

Firmanamn	Org.nr
Adress	
Postnr/Ort	Telefon Fax
E-post	www

Anställda hudterapeuter

Observera att de anställda hudterapeuterna **måste** vara personliga medlemmar **innan** denna ansökan sänds in.

Namn	Adress	Medlemsnr. SHR
Namn	Adress	Medlemsnr. SHR
Namn	Adress	Medlemsnr. SHR
Namn	Adress	Medlemsnr. SHR
Namn	Adress	Medlemsnr. SHR
Namn	Adress	Medlemsnr. SHR
Namn	Adress	Medlemsnr. SHR
Namn	Adress	Medlemsnr. SHR
Namn	Adress	Medlemsnr. SHR
Namn	Adress	Medlemsnr. SHR

Behandlingsskadeförsäkring

Önskar teckna behandlingsskadeförsäkring.

Behandlingsskadeförsäkringen omfattar endast SHR-anslutna terapeuter.
Försäkringen träder i kraft efter att denna ansökan är godkänd och medlemsavgift är erlagd till SHR.

Övriga upplysningar

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

Ansökan skickas till SHR, Dalagatan 76, 113 24 STOCKHOLM. E-post: kansli@shr.nu Tel: 08-30 94 40.

Till ansökan skall bifogas F-skattsedel, registreringsbevis samt firmapresentation.

Observera att de anställda hudterapeuterna **måste** vara personliga medlemmar **innan** denna ansökan sänds in.

SHR:s noteringar (ifylls ej av sökande)

Godkännes

Avslås

Kompletteras

.....

Sign. Datum

.....

Bet. kr datum

Kat. Intr.dat.

Region B C D E F H I J

Ankomststämpel