

Vad roligt att du vill bli medlem i vårt förbund! Fyll i ansökan, skanna in den och e-posta den inskannade filen tillsammans med bilagor till medlemsansvarig@nmtf.se.

Namn	Ansökningsdatum

Privat information (används bara internt av NMTF)

Jag vill att NMTF använder min privata adress för utskick

Personnummer	Hemadress
Postnummer	Ort
Telefonnummer	E-postadress

Företagsinformation

Jag vill att NMTF använder min företagsadress för utskick

Företagsnamn	Organisationsnummer
Företagets adress	Postnummer
Ort	Telefonnummer till arbetet
E-postadress	Webbplats

Uppgifter om utbildning - kopior av intyg, slutbetyg och diplom bifogas

Basmedicinsk utbildning	Antal poäng
Näringsmedicinsk utbildning	Antal timmar/poäng
Pågående utbildning	Antal färdiga timmar/poäng
Terapiformer som jag arbetar med	

Internt, styrelsens uppgifter

Ansökan mottagen, datum	Ansökan behandlad i styrelsen, datum & resultat
Resultat meddelats den sökande, datum	Uppgifter skickade till försäkringsbolaget, datum
Uppgifter skickade till medlemstidningen, datum	Medlemsavgift betald, datum