

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	Datum

Information om mig

Personnummer	Adress
Postnummer	Ort
Telefonnummer	E-postadress

Information till tjänsten "Sök terapeut" på www.nmtf.se

Företagsnamn	Organisationsnummer
Företagets adress	Postnummer
Ort	Webbplats

Samtycke

Samtycke	Underskrift
<input type="checkbox"/> Jag samtycker till att NMTF använder mina personuppgifter såsom angivits i bilaga 1. <input type="checkbox"/> Jag vill listas i tjänsten Sök terapeut	

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
	Medlemsavgift betald, datum