



MEDLEMSANSÖKAN

Namn:

Adress:

.....

Tel bostad:

Tel arbete:

Mobil:

E-postadress:

Yrke/titel

Ansökan för att bli: auktorerad medlem / studerandemedlem / stödmedlem

(stryk under eller ringa in det som avses)

Ev referens:

Namn

Adress

.....

Tel/mobil/e-post

Ort Datum

Underskrift

Utbildning/Examina, styrkta med vidimerade betygskopior
(gäller ej stödmedlemmar)

Bilagor

För studerande gäller att inkomma med intyg från aktuell skola.
För att bli auktoriserad medlem behöver du skicka med intyg om godkänd
slutexamen i såväl homeopati, som basmedicin.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ansökan skickas till: Marie Sjölander
KHY
Följa 223
881 95 UNDRUM

KHY:s anteckningar

Inkommet den
Behandlingsdatum
Antagningsdatum
Auktoriserad medlem / studerandemedlem / stödmedlem