



LKR

LEGITIMERADE
KIROPRAKTORERS
RIKSORGANISATION

Medlemsansökan

Medlemsansökan
 Ändring av uppgifter

Inkom datum

Personuppgifter

Ansökan behandlas när fullständig dokumentation har mottagits

För- och efternamn	Personnummer
Bostadsadress	Postnummer och ort
Telefon	E-post

1. Adressuppgifter till arbete/praktik

Praktikens namn			
Gatuadress		Postnummer och ort	
Telefon	Fax	E-post	Hemsida

2. Fakturauppgifter

Praktikens namn			
Gatuadress		Postnummer och ort	
Telefon	Fax	E-post	

Ansökan avser

Handlingar som skall bifogas

<input type="checkbox"/> Aktivt medlemskap samt patientförsäkring	Fr.o.m. datum	Utbildningsintyg samt legitimationsbevis
<input type="checkbox"/> Semiaktivt medlemskap	Fr.o.m. datum	Dokumentation av nedsatt arbetsförmåga, föräldraledighet, utbildning
<input type="checkbox"/> Assistentmedlemskap	Fr.o.m. datum	Utbildningsbevis samt inskriven i VUK-programmet
<input type="checkbox"/> Pensionsmedlemskap	Fr.o.m. datum	Pensionsbevis
<input type="checkbox"/> Associerat medlemskap	Fr.o.m. datum	
<input type="checkbox"/> Studentmedlemskap	Fr.o.m. datum	Antagningsbevis vid kiropraktorskola godkänd av LKR

Arbetsform

<input type="checkbox"/> Jag är egen företagare	<input type="checkbox"/> Jag är anställd	<input type="checkbox"/>
---	--	--------------------------

Handledare (vid assistentmedlemskap)

Namn	
Praktikens namn	
Gatuadress	Postnummer och ort
e-post	Hemsida

Utbildningsförteckning

KIROPRAKTOR - grundutbildning

Om utrymmet nedan inte räcker till, fortsätt på sista sidan.

Utbildning		
Skola	Examensår	Legitimationsår

KIROPRAKTOR - vidareutbildning (avser formellt program vid utbildnings institut)

Ange skola, utbildning, år och examensår

KIROPRAKTOR - fortbildning (avser enstaka kurser)

Ange kurs och år

ANNAN AKADEMISK UTBILDNING

Ange utbildning, ev examina och år

ANDRA UTBILDNINGAR

Ange utbildning, ev examina och år

