



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 (serviceavgift faktueras för egna företagare)

| | | | |
|-----------------|-----|--------------------|--|
| 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"/> Praktisk tjänstgörande (AT) | Fr.o.m. datum | Utbildningsbevis (skola) samt anmälan till VUK-utbildningen |
| <input type="checkbox"/> Pensionsmedlemskap | Fr.o.m. datum | Pensionsbevis från pensionsmyndigheten |
| <input type="checkbox"/> Associerat medlemskap | Fr.o.m. datum | Intyg arbetsgivare deltidsarbete, försäkringskassan eller annat |
| <input type="checkbox"/> Studentmedlemskap | Fr.o.m. datum | Antagningsbevis vid kiropraktorskola godkänd av LKR |

Arbetsform & Medlemskap

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jag är egen företagare Medlemskap Egen företagare | <input type="checkbox"/> Jag är anställd Medlemskap Anställd |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

Handledare (vid ansökan medlemskap praktisk tjänstgörande AT)

| | |
|-----------------|--------------------|
| 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 |
| |
| |
| |
| |
| |

