



LEGITIMERADE
KIROPRAKTORERS
RIKSORGANISATION

Medlemsansökan

Medlemsansökan
 Ändring av uppgifter

Inkom datum

Personuppgifter (medlemsavgiften faktureras hit)

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 gäller enbart ansökan för företags medlem (serviceavgift faktureras hit)

Praktikens namn			
Gatuadress		Postnummer och ort	
Telefon	Fax	E-post	

Ansökan avser

Handlingar som skall bifogas

<input type="checkbox"/> Företags medlem	Fr.o.m. datum	Bifoga utbildningsintyg samt även legitimationsbevis
<input type="checkbox"/> Anställd medlem	Fr.o.m. datum	Bifoga dokumentation av nedsatt arbetsförmåga, föräldraledighet, utbildning, sjukdom eller annan dokumentation
<input type="checkbox"/> Praktisk tjänstgörande medlem	Fr.o.m. datum	Bifoga utbildningsbevis (skola)
<input type="checkbox"/> Associerad medlem (ej aktiv, pensionär, boende utanför Sverige, sjukskriven, föräldrarledig)	Fr.o.m. datum	Bifoga intyg från tex, försäkringskassan, arbetsgivare, pensionsmyndigheten eller annan dokumentation som styrker detta.
<input type="checkbox"/> Studentmedlem	Fr.o.m. datum	Bifoga antagningsbevis från kiropraktorskola som är godkänd av LKR
<input type="checkbox"/> Reducerad medlemskap Anställd / Företags medlem, Deltid 50%	Fr.o.m. datum	Bifoga intyg från arbetsgivare, företag, försäkringskassan, pensionsmyndigheten eller annan dokumentation som styrker deltid

Arbetsform & Medlemskap

Patientförsäkring via Nordic försäkring/Svedea

<input type="checkbox"/> Jag är egen företagare Företags medlem	<input type="checkbox"/> Jag är anställd Anställd medlem	<input type="checkbox"/> Ja tack, jag vill teckna patientförsäkring i samband med min ansökan
---	--	--

Handledare (vid ansökan medlemskap praktisk tjänstgörande AT), bifoga handledaravtal

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

