



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 för medlemskap praktisktjänstgörande**

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	Org.nr

**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 utbildningsintyg samt även legitimationsbevis. Anställd i ditt egna företag uppge då org.nr till ditt företag.
<input type="checkbox"/> Praktisk tjänstgörande medlem	Fr.o.m. datum	Bifoga utbildningsbevis (skola) och kopia av ansökan till Socialstyrelsen samt din handledares underskrivna Handledaravtal.
<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%		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 av medlemskap praktisktjänstgörande, bifoga även handledaravtal)**

Namn	
Praktikens namn	
Gatuadress	Postnummer och ort
e-post	Hemsida

# Utbildningsförteckning

## KIROPRAKTOR - grundutbildning

Om utrymmet nedan inte räcker till, fortsatt 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

Medlemskap i Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation (LKR) innebär ett åtagande att följa LKR:s stadgar och beslut.

#### Hantering av personuppgifter

Som medlem i LKR hanterar vi dina personuppgifter i syfte att bedriva medlemservice, publicera namn, foto och företagsuppgifter på hemsidor samt eventuell annan media. Personuppgifterna lämnas ut till de föreningar där LKR är medlem, exempelvis SRAT, WFC och ECU. Vid ingående av detta avtal samtycker du automatiskt till ovanstående.

#### GDPR

Sedan den 25:e maj 2018 gäller GDPR inom hela EU. Med fokus på ett ökat integritetsskydd reglerar den behandling och hantering av personuppgifter. Centralt i GDPR är att all insamling och lagring av personuppgifter kräver lagstöd eller samtycke. Vi på LKR har ett medlemsregister i syfte att kunna: svara på medlemsstatus till förmånsföretagen, medlemskommunikation, skicka faktura, hitta en "kiropraktor" sökning via vår hemsida lkr.se, marknadsföring, annan korrespondens mm. Valberedningen kommer att ta del av dina personuppgifter i samband med valberedningsarbetet. Vi behandlar personnummer, organisationsnummer, arbetsplats, företagsnamn, för-eternamn, adress, telefonnummer, e-post. Personuppgifterna finns i SRATS fakturerings och medlemsystem hos SRAT och heter mysoft. SRAT:s kansli personal och annan behörig personal på LKR har åtkomst till uppgifterna via bank id inloggning. LKR ser fortlöpande till att uppgifterna är uppdaterade efter medlem inkommit med uppdaterade uppgifter. LKR har en årlig gallringsrutin. Uppgifterna i registren används enbart för eget bruk. De uppgifter som medlem önskar få inlagda och upplagda i webbfunktionen "hitta en kiropraktor" tas från dessa uppgifter. LKR säkerställer genom biträdesavtal att personuppgifter ej sprids till obehöriga. Personuppgifter sparas i tio år efter avslutat medlemskap såvida tidigare medlem ej meddelar önskan om tidigare återkallelse av samtycke, dock bibehålls uppgifter om andra lagar träder i kraft såsom patientdatalagen eller bokföringslagen. Ett samtycke gäller på individnivå. Om flera personer finns registrerade på ett företag måste samtycke inhämtas från var och en.

#### Underskrift av sökande

Datum och namn

Skicka din ansökan till :

Maila till kansli@lkr.se eller post till: LKR/  
Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation  
Arenavägen 29, pl. 8, 121 77 Stockholm-Globen

Vid frågor: ring Tel: +46 (0)70 689 11 79  
eller maila till kansli@lkr.se

#### Ifylles av LKR

##### Ansökan beviljad - underskrift

Datum och namn

Medlemsskapet  
gäller fr o m - t o m

Forts sida