

AnsøgningsFormular



Alle oplysninger udfyldes med blokbogstaver!

Navn: _____

Privat tlf.: _____ **Mobil:** _____

Privatadresse: _____

Postnr.: _____ **By:** _____

Mail: _____

CVR-nr.: _____ **Fødselsdato (dd.mm.åå):** _____

Hvilke oplysninger ønsker du registreret på www.danskefodplejere.dk:

Navn: _____

Kliniknavn: _____

Klinikadresse: _____

Postnr.: _____ **By:** _____

Kliniktilf.: _____ **Mail:** _____

Hjemmeside: _____

Ovennævnte søger hermed om optagelse som SADF medlem. Jeg har læst og er indforstået med SADFs Love og Vedtægter samt Optagelseskrav, og opfylder kravene til momslovens § 13, stk.1, nr. 1, om anden egentlig sundhedspleje.

Jeg hæfter på forfaldent kontingent, og tegner medlemskab for løbende måned(er) + næste kontingentperiode (en kontingentperiode er 6 mdr. og forefalder 1. marts og 1. september).

Jeg er uddannet på følgende fodplejeskole: _____

Dato: _____ **Underskrift:** _____

OBS! Denne formular og kopi af eksamens- og registreringsbevis fra Told/Skat samt førstehjælpsbevis; sendes til:

SADF

Marianne Pedersen
Sofielunden 6
2600 glostrup
Tlf.: 70 70 15 35