

Søknadsskjema for medlemskap i NAFO

Navn: _____ Kvinne Mann

Privatadr: _____ Postnr/sted: _____

Tlf privat/mobil: _____

E-post: _____

Fødselsdato: _____ Nasjonalitet: _____

Klinikknavn: _____

Klinikkadr: _____ Postnr/sted: _____

Tlf arbeid: _____ Webadr: _____

Kryss av for den adresse du ønsker å motta utsendelser på. Privat Arbeidssted

Ønsker du NAFOs ansvarsforsikring? Ja Nei

Har det noen gang blitt klaget på din behandling av faglig eller etisk karakter? Ja Nei

Hvis ja, legg ved en beskrivelse av saken.

Akupunkturutdanning

Skole/institusjon: _____ Uteksaminert: _____

Medisinsk utdanning

Skole/institusjon: _____ Uteksaminert: _____

Skole/institusjon: _____ Uteksaminert: _____

Dersom søker er utdannet lege/sykepleier/fysioterapeut vennligst legg ved kopi av autorisasjon.

NAFO forbeholder seg retten til å undersøke de opplysninger som du har gitt i søknaden. Dersom opplysningene du har gitt ikke stemmer, kan vedtak om medlemskap omgjøres når de blir kjent for NAFO.

Kopier av attester, vitnesbyrd og evt autorisasjon vedlegges søknaden. Kopiene vil ikke bli returnert, send derfor ikke originalattester. Legg også ved et bilde av deg selv.

Sted/Dato: _____ Underskrift _____