



Ansökan medlemskap för arbetsgivare

Arbetsgivarmedlem; fysisk eller juridisk person som inte själv är hudterapeut men som har anställd personal som är personlig, aktiv, medlem i SHR och där hudterapeutverksamheten utförs av denna anställda personal.

Arbetsgivarmedlem har ej rätt att närvara vid årsmöte och är ej valbar styrelseledamot.

Observera att de anställda hudterapeuterna **måste** vara personliga medlemmar **innan** denna ansökan sänds in.

| | |
|--------------------|---------|
| Salongsnamn | |
| Besöks-/postadress | |
| Postnummer/Ort | Telefon |
| E-post | Hemsida |

Näringsställe/bolag (juridisk person)

| | |
|----------------|---------|
| Firmanamn | Org.nr |
| Adress | |
| Postnummer/Ort | Telefon |
| E-post | Hemsida |

Anställda hudterapeuter

Observera att de anställda hudterapeuterna **måste** vara personliga medlemmar **innan** denna ansökan sänds in.

| Namn | Adress | Medlemsnr. SHR |
|------|--------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Önskar teckna behandlingsskadeförsäkring.

Behandlingsskadeförsäkringen omfattar endast SHR-anslutna terapeuter.
Försäkringen träder i kraft efter att denna ansökan är godkänd och medlemsavgift är erlagd till SHR.

Övriga upplysningar

| | |
|---------------|----------------------------|
| Ort och datum | Namnteckning firmatecknare |
|---------------|----------------------------|

Ansökan skickas eller e-postas till SHR, Dalagatan 60, 113 24 STOCKHOLM. E-post: kansli@shr.nu Tel: 08-30 94 40.

Till ansökan skall bifogas F-skattsedel, registreringsbevis samt firmapresentation.

Observera att de anställda hudterapeuterna **måste** vara personliga medlemmar **innan** denna ansökan sänds in.

SHR:s noteringar: Godkännes Avslås Kompletteras

.....

Sign. Datum