



## MEDLEMSANSÖKAN

Namn: .....

Adress: .....

.....

Tel bostad: .....

Tel arbete: .....

Mobil: .....

E-postadress: .....

Yrke/titel .....

Ansökan för att bli: auktorerad medlem / studerandemedlem / stödmedlem

*(stryk under eller ringa in det som avses)*

Ev referens:

Namn .....

Adress .....

.....

Tel/mobil/e-post .....

Ort ..... Datum .....

Underskrift .....

Utbildning/Examina, styrkta med vidimerade betygskopior  
(gäller ej stödmedlemmar)

Bilagor

För studerande gäller att inkomma med intyg från aktuell skola.  
För att bli auktoriserad medlem behöver du skicka med intyg om godkänd  
slutexamen i såväl homeopati, som basmedicin.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ansökan skickas till:                           Klassiska Homeopaters yrkesförbund  
  c/o Janet Westling  
  Allégatan 17  
  572 75 FIGEHOLM

---

KHY:s anteckningar

Inkommet den .....  
Behandlingsdatum .....  
Antagningsdatum .....  
Auktoriserad medlem / studerandemedlem / stödmedlem