

Till styrelsen för
SVENSKA AKUPUNKTURFÖRBUNDET
Traditionell Kinesisk Medicin - TCM
Box 882
101 37 STOCKHOLM

ANSÖKAN OM STUDERANDEMEDLEMSKAP

Efternamn:.....

Förnamn:.....

Personnummer:.....

Adress.

Postnr: Ort:

Tel:

Mobilnr:

E-post:

Akupunkturutbildning:

Skola:

.....

Utbildningen påbörjad år: Avslutad år:.....(skicka betygskopia)

Jag räknar med att vara klar med min akupunkturutbildning år:

Basmedicinutbildning

Skola:

.....

Utbildningen påbörjad år: Avslutad år: (skicka betygskopia)

Jag räknar med att vara klar med min basmedicinutbildning år:

Övriga upplysningar:

.....

.....

.....

Ort och datum:

.....

Namnunderskrift