



## Ansøgning om optagelse i Dansk Kiropraktor Forening jf. DKF's love § 4 pkt. 1.1 og 1.2

Udfyld nedenstående blanket og send den i underskrevet stand retur til os, enten pr. brev eller som e-mail. Adresserne finder du nederst på blanketten.

Fornavn(e):		
Efternavn:		
Adresse:		
Postnummer og by:		
CPR-nr. * (Pga. GDPR, kontakt venligst DKF (Angiee Bjørn) på tlf. 3393 0400, med denne oplysning)		
Uddannelsessted:		
Eksamensbevis udstedt den:		
Sæt kryds ved:		
<input type="checkbox"/> Dansk autorisation pr.:		
<input type="checkbox"/> Tilladelse til selvstændigt virke pr.:		
Telefon:	Mobil:	Mailadresse:

Kopi af eksamensbevis vedlægges.

Undertegnede anmoder herved om optagelse i Dansk Kiropraktor Forening og erklærer, at jeg kender foreningens love og retningslinjer for kiropraktisk virksomhed og nøje vil overholde disse.

Derudover bekræfter jeg, at jeg er bekendt med, at Dansk Kiropraktor Forening gennem aftale med SEB Pension har etableret en fælles obligatorisk pensionsordning for alle kiropraktorer, og jeg giver tilladelse til, at DKF videregiver de fornødne oplysninger, herunder CPR-nr., privatadresse mm. til Willis/SEB Pension som grundlag for administrationen af pensionsordningen.

\_\_\_\_\_

Dato

\_\_\_\_\_

Underskrift