



## Auktorisationsansökan för Medlemskap i KMR

Företagsnamn: .....

Namn: ..... Pnr / Org.nr: .....

Adress: .....

Postnummer: ..... Ort: .....

Tel.arb: ..... Tel.bost: ..... Mobil: .....

E-post: ..... Hemsida: .....

Studerande:  Skola: .....

Ja, jag vill även bli certifierad (uppvisande av godkänd examina gällar):

**Sökandes terapi/specialutbildning verifierat med kopior på betyg/intyg från skolor enligt nedan:**

Skolans namn	Ort	Färdig år	Bilaga
1.			
2.			
3.			

Jag arbetar huvudsakligen med: .....

Ort och Datum : .....

Sökandes namnteckning: .....

**Returneras med post alternativt med e-post.  
Glöm ej att skicka med betyg/intyg(en)!**

Skickas till: KMR Tåtorpsvägen 34, 123 81 Skarpnäck  
e-post: [info@komplementarmedicinska.se](mailto:info@komplementarmedicinska.se)  
telefon: 08-751 60 13