



HEALER-RINGEN

Foreningen af healere i Danmark

Modtaget den _____

Ansøgningskema

Healer-RAB - REGISTRERET ALTERNATIV BEHANDLER.

Navn:	CPR. Nr.:
Adresse privat:	Medlemsnummer i Healer-Ringen:
Adresse klinik:	

Telefon hjemme:	Klinik:	Mobiltelefon:
-----------------	---------	---------------

E-mailadresse:	Web-adresse:
----------------	--------------

Uddannelse: Oplys om skoleuddannelse, erhvervsuddannelse, videregående uddannelse samt andre terapeutuddannelser:		
Healeruddannelse hvortil søges registrering (RAB) HUSK at udfylde og underskrive bilag samt vedlægge dokumentation		
Afsluttet år:		
Alternative kvalifikationer:		
Betaling for medlemskab: Dokumentation for betaling SKAL vedlægges ansøgningen		
RABgebyr kr. 1.500 betalt dato: Dokumentation for betaling SKAL vedlægges ansøgningen		
Aktiv healer fra: _____	Fuldtid <input type="checkbox"/> Deltid <input type="checkbox"/> Fritid <input type="checkbox"/>	CVR. nummer: _____ Evt. Momsfritaget, år/md: _____