

SWEDISH ASSOCIATION OF
SANSA
NAILSCHOOLS & AGENTS
NAGELTERAPEUTER

MEDLEMSANSÖKAN NAGELTERAPEUT

Namn:	<input type="checkbox"/> Nageltherapeut
--------------	---

FÖRETAGETS NAMN:

FAKTURERINGSADRESS:

POSTNR:	POSTADRESS:
----------------	--------------------

SALONG - BESÖKSADRESS:

POSTNR:	POSTADRESS:
----------------	--------------------

TEL:	MOBIL:
-------------	---------------

E-MAIL:

WEBBADRESS:

KONTAKTPERSON:

NAGELTERAPEUT UTBILDNING GENOMFÖRD PÅ NAGELSKOLA - NAMN:

Nedanstående bilagor skall bifogas kopior på för fullständig behandling av ansökan:

Gällande Registreringsbevis / F-skattsedel	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

VILLKOR

Nedanstående bilagor skall bifogas för TERAPEUT ANSÖKAN:

1. Diplom för samtliga utbildningsdelar som Nagelterapeut - ex. manikyr, gel och/eller akryl teknik.
<input type="checkbox"/> Manikyr
<input type="checkbox"/> Gel teknik
<input type="checkbox"/> Akryl teknik
<input type="checkbox"/> Glasfiber teknik
<input type="checkbox"/> Annat
Salong har bedrivits sedan:
Jag är anställd sedan:
Lokaler och utrustning (storlek, hygien, luftreningssystem): Bif. Bilder på hygienstation, arbetsstation.

OBS! Hela ansökan skickas per post i pappersväg. EJ MAIL!!

Medlemspris per år Ansökan kan göras under hela året. <i>Beloppet faktureras när medlemskapet är godkänt.</i> DOCK FAKTURERAS INGEN AVGIFT 2016 OCH 2017! Medlemskap gäller från det datumet som Ansökan är godkänd av SANSA styrelsen.	300:- ink.moms
---	-----------------------

Underskrift firmatecknare

Namnförtydliggande

Ort & Datum

Ansökan skickas till