

# Läkarföreningen för Integrativ Medicin

Ordförande docent Ralf Sundberg  
Ansökan om medlemskap

NAMN	PERSONNUMMER
ADRESS	E-POSTADRESS
POSTNUMMER & ORT	TELEFONNUMMER

Specialiteter	Sätt kryss i lämplig ruta: <input type="checkbox"/> Med. Stud <input type="checkbox"/> Läkarexamen <input type="checkbox"/> Leg. läkare. <input type="checkbox"/> Ev. Specialitet <input type="checkbox"/> Forskare
Varför önskar du om att bli medlem?	
Ev referens till annan föreningsmedlem	<b>ÅRSavgift 2017: 250:-</b>  Sändes till bankgiro 101-8811
Har du varit verksam inom komplementär medicin tidigare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, inom vilken verksamhet?	
Ort och datum	SKICKA ANSÖKAN TILL: <a href="mailto:lim.info@integrativ-medicin.se">lim.info@integrativ-medicin.se</a>
Underskrift (kan vara med datorskrift)	