



ANSÖKAN - YRKESVERKSAMMA Medlemskap i Svenska Estetikers Yrkesförbund - SEYF

Namn: _____

Personnr: _____

Privat adress: _____

Postadress: _____

Tel: _____ Mobil: _____ E-

mail: _____

Försäkrad genom: _____ (bolag)

Försäkringsnr: _____

**SEYF kräver att alla yrkesverksamma medlemmar är behandlingsskadeförsäkrade!
OBS! Bifoga kopia av försäkringsbrevet.**

Kommer att teckna försäkring via SEYF:

Ja

Nej

Min utbildning: (vänligen bifoga vidimerade kopior av betyg, intyg, diplom eller dylikt)

Skola: _____ År: _____

Skola: _____ År: _____

Skola: _____ År: _____

Övrigt: _____

Jag har varit verksam i yrket sedan år: _____

Nuvarande sysselsättning: Anställd /Egen salong _____

**OBS! Bifoga registreringsbevis samt årsaktuell F-skattedel vid eget företag.
Vid anställning bifoga anställningsintyg.**

Arbetsplats/egen salong/företagsmedlemskap:

Företagsnamn: _____ Org.nr: _____

Adress: _____ Postadress: _____

Tel: _____ Fax: _____

Webbadress: _____ Email: _____

Ägare(namn): _____

Antal anställda: _____ Antal medlemskap: _____

Salongen/företaget erbjuder följande behandlingar: (beskriv kortfattat)

Skicka även med broschyrer, visitkort etc. – tack!

Medlemsavgiften är för närvarande 1060 kr/år.

Vid företagsmedlemskap 1 avgift/10: e anställd (obs: 1 medlemsavgift = 1 röst vid förbundsval).

När vi har mottagit och granskat Din ansökan sänder vi Dig en faktura på medlemsavgiften.

Skickas till:
Svenska Estetikens Yrkesförbund,
Fabriksvägen 5
171 48 Solna

ENKÄT

Vänligen fyll i och bifoga med ansökan!

Vilka förväntningar har Du på SEYF?

Vad känns mest viktigt för Dig?

Vad vill du ha ut av/viken hjälp vill Du kunna få genom SEYF?

Vilken kompetens (internt eller i samarbetsform) bör finnas inom förbundet tycker Du?

Skulle Du vara beredd att betala för denna extra kompetens, t ex. juridisk och ekonomisk expertis? Alternativt en högre medlemsavgift där detta ingår? _____

Vad vill Du att SEYF skall göra? (Kryssa i de alternativ Du anser JA om)

Ordna föreläsningar

Ordna mässor/workshops

Ordna kompetens/vidareutbildningar

T ex. inom: _____

Kvalitetskontrollera anslutna salonger/terapeuter

Ge information och råd i yrkesrelaterade frågor

Annat: _____

INTRESSEANMÄLAN - AKTIVT MEDLEMSARBETE

Jag kan bidra med/vill vara delaktig inom min yrkessektion!

Namn: _____

Telefon (dagtid): _____

Yrkessektion: _____