



## INTRÄDESANSÖKAN

Personnummer	e-post
Förnamn	C/o-namn
Efternamn	Gatuadress
Hemtelefon	Postnummer och ort
Mobiltelefon	Land (om ej Sverige)
Arbetsplats	Befattning
Arbetsgivare	

Jag är studerande och betalar under ett kalenderår (jan –dec ) av min utbildning halv avgift	JA	Högskola/universitet	Beräknad examen År månad
--	----	----------------------	-----------------------------

Barnmorskeutbildning högskola/universitet	Antal terminer/poäng	Avslutad år månad
Barnmorskeutbildning, annat land	Antal terminer/poäng	Svensk leg år mån
Sjuksköterskeutbildning	Antal terminer/poäng	Avslutad år månad
Annan utbildning/Akademiska examina		

Jag önskar bli medlem i Svenska Barnmorskeförbundet från 201 \_ - \_\_ (år, månad)

Jag beställer medlemsbroschen Livets träd á 170 kr (gäller ej studerande)

**Medlemsavgiften** är 500 kronor/kalenderår. **Pensionärer** betalar halvavgift 250 kr/kalenderår från det år man är pensionär på heltid, hela kalenderåret. **Studerande till barnmorska** betalar halv avgift 250 kr/kalenderår det kalenderår man studerar jan-dec.

Ort, datum

Namnteckning

.....

.....

Skickas till: Svenska Barnmorskeförbundet

Baldersgatan 1

114 27 Stockholm

