



SØKNAD OM MEDLEMSKAP I NORSK OSTEOPAT FORBUND

Undertegnede søker med dette medlemskap i NOF.

Navn	
Født	
Adresse	
E-mail adresse	
Telefon Mobil	
Ønsker du kollektiv ansvars forsikring via NOF?	
Utdannelse/sted Når påbegynt Når forventet ferdig Er dette deltid eller heltidsstudie? Oppgi ant. timer	
Har du norsk autorisasjon som helsepersonell (ikke krav) oppgi i så fall hva	
Tilleggsoppl.	

Vedlagt følger kopi av vitnemål (gjelder ordinært medlemskap.)

Sted / dato

Med vennlig hilsen

Sendes til nof@osteopati.org eller til Postboks 2157 Strømsø, 3003 Drammen