

## Félag sjúkráðgjafara - FS

Merkið við allt sem við á:

- Umsókn um fulla félagsaðild að FS    Fagaðild eingöngu    Kjaradeild eingöngu  
 Nema aðild    verktaki    launþegi  
 Úrsögn    Breyttar upplýsingar

**Nafn:** \_\_\_\_\_

**Kennitala:** \_\_\_\_\_      **Heimasími:** \_\_\_\_\_

**Heimilisfang:** \_\_\_\_\_      **Póstnúmer:** \_\_\_\_\_

**Netfang heima:** \_\_\_\_\_      **GSM sími** \_\_\_\_\_

**Bankaupplýsingar:** Banki \_\_\_\_\_      Hb. \_\_\_\_\_      Reikn \_\_\_\_\_

**Vinnustaður:** \_\_\_\_\_

**Póstfang vinnustaðar** \_\_\_\_\_

**Vinnusími:** \_\_\_\_\_      **Netfang á vinnustað:** \_\_\_\_\_

**Útskrift /skóli** \_\_\_\_\_ **ár:** \_\_\_\_\_ **Starfsleyfi árið:** \_\_\_\_\_

- Afrit af starfsleyfi fylgi umsókn.

**Aðrar upplýsingar:** \_\_\_\_\_

**Staðfesting á réttmæti ofangreindra upplýsinga**

\_\_\_\_\_

Dags

\_\_\_\_\_

Undirskrift.

**Skráist af skrifstofu FS**

Samþykkt dags. \_\_\_\_\_

Skráð \_\_\_\_\_

Svar sent ums. \_\_\_\_\_