



FORENEDE  
DANSKE  
ZONETERAPEUTER

## ANSØGNING OM MEDLEMSKAB SOM STUDERENDE

Indsendes til FDZ Forenede Danske Zoneterapeuter,  
Torvegade 1, 1., 5000 Odense C eller mail: fdz@fdz.dk

A	PERSONLIGE OPLYSNINGER	
	Cpr.nr.:	FDZ-medlemsnr.: <i>(udfyldes af FDZ)</i>
	Navn:	
	Bopæls- og opholdsadresse: (gade/vej, nr., etage)	
	Postnr., by:	
	Telefon (privat):	Mobiltelefon:
	E-mail:	CVR-nr.:
B	GRUNDLAG FOR INDMELDELSE	
	<input type="checkbox"/> Jeg ønsker medlemskab som studerende	
	<input type="checkbox"/> Jeg er studerende på en FDZ samarbejdende skole Navn på skolen:  Dokumenteret ved underskrift skoleleder:	
	<input type="checkbox"/> Jeg er studerende på en ikke-FDZ samarbejdende skole <i>(det skal kunne dokumenteres, at uddannelsen lever op til RAB-lovens basale uddannelseskraav.)</i> Navn på skolen:  Dokumenteret ved underskrift skoleleder:	
	Starttidspunkt for uddannelsen:	
	Forventet sluttidspunkt for uddannelsen:	
	Dato:	Underskrift/stempel: