

Sendes til regionen gennem Dansk Kiropraktor Forening Peter Bangs Vej 30 2000 Frederiksberg	Forbeholdt regionen	
	Yder nr.	Regions nr.
Tilmelding/ændringer/afmelding til yderregistret Meddelelse om flytning af praksis (ved ændringer udfyldes udover navn og personnr. kun de ændrede informationer) Speciale: 53 - 64 (Efter landsoverenskomsten mellem RLTN og DKF)		

Undertegnede kiropraktor

Navn			Personnummer
Privatadresse (Vejnavn, husnr., evt. bynavn, postnr. og postdistrikt)			
<input type="checkbox"/> Nyetablering	<input type="checkbox"/> Overtagelse af praksis eller praksisdelt	<input type="checkbox"/> Ændring af praksisform	Hvis overtagelse, anfør afgivende kiropraktors navn eller ydernr.
<input type="checkbox"/> Flytning af praksis	<input type="checkbox"/> Fratrædelse af overenskomsten	<input type="checkbox"/> Anden ændring	

Praksisoplysninger

Ejerform			
<input type="checkbox"/> Enkeltmands-praksis	<input type="checkbox"/> Kompagni-skabspraksis	<input type="checkbox"/> Anparts-selskab	<input type="checkbox"/> Aktie-selskab
<input type="checkbox"/> Holding-selskab	<input type="checkbox"/> Andet		
Praksisnavn		CVR/SE-nr.	
Klinikadresse (Vejnavn, husnr., evt. bynavn, postnr. og postdistrikt)		Tiltrædelses-/ændringsdato	
		Region	
Elektronisk kommunikation	Evt. hjemmeside	Praksistelesonnummer	
	Evt. e-mail (alene til administrativt brug)	Faxnummer (alene til administrativt brug)	
Navne på evt. ansatte kiropraktorer/turnuskandidater		Personnummer	

Kompagniskab (øvrige kiropraktorer)

Navn	Personnummer

Særlige bemærkninger

Særlige bemærkninger vedlægges <input type="checkbox"/> Ja

Medlemsforhold

Medlem af Dansk Kiropraktor Forening <input type="checkbox"/> Ja

Kiropraktor

Dato og underskrift

Forbeholdt DKF

Fremsendt som godkendt til regionen dato

Forbeholdt regionen

Meddelelse til kiropraktor fremsendt dato