

<b>Sendes til regionen gennem</b>	<b>Forbeholdt regionen</b>	
<b>Dansk Kiropraktor Forening</b> Peter Bangs Vej 30, 4. 2000 Frederiksberg	Ydernr.	Regions nr.
	<b>Tilmelding/ændringer/afmelding til yderregistret</b> <b>Meddelelse om flytning af praksis</b> (ved ændringer udfyldes udover obligatoriske felter kun de ændrede informationer) <b>Speciale: 53 - 64</b> (Efter landsoverenskomsten mellem RLTN og DKF)	

(Skal udfyldes)

Jeg søger om		
<input type="checkbox"/> overtagelse af praksis/praksisdel	<input type="checkbox"/> Flytning af praksis	<input type="checkbox"/> Fratrædelse
<input type="checkbox"/> Nyetablering	<input type="checkbox"/> Ændring af praksisform	<input type="checkbox"/> Øvrige ændringer *
Hvis overtagelse, anfør afgivende ejers/ejernes navn og ydernr.		Dato for ønsket overtagelse/nyetablering/ændringer etc.
Navn	Ydernr.	Dato (altid pr. d.1. og kun fremadrettet)

Oplysninger om ansøger (skal udfyldes)

<input type="checkbox"/> Ejer	<input type="checkbox"/> Ansat
Navn	Personnummer
Privatadresse	Telefonnummer
Postnr./ By	Medlemsnummer i DKF
E-mail	

Praksisoplysninger (skal udfyldes)

Klinikken er	
<input type="checkbox"/> Enkeltmandspraksis	<input type="checkbox"/> Kompagniskab
<input type="checkbox"/> Anpartsselskab	<input type="checkbox"/> Aktieselskab
<input type="checkbox"/> Holdingselskab	<input type="checkbox"/> Andet *
Praksisnavn	CVR-nr.
Adresse	Region
Postnr./ By	Telefonnr.
E-mail (Alene til administrativt brug)	Hjemmeside

Navne på evt. øvrige ejere

Navn	Personnummer	Stilling	Tiltrædelsesdato

\* Ved øvrige ændringer/andet uddybes ændringen på side 2 i feltet " Supplerende oplysninger"

Navne på evt. ansatte kiropraktorer/turnuskandidater (udfyldes kun ved ændringer)

Navn	Personnummer	Stilling	Tiltrædelsesdato
Navn			
Navn			
Navn			
Navn			

## Supplerende oplysninger

Evt. yderligere oplysninger kan tillige anføres på blankt papir. I givet fald anfør her, om bilag vedlægges

## Børneattest (udfyldes ved tilmelding til overenskomsten)

Jeg giver hermed fuldmagt til indhentelse af børneattest jf. § 17 stk. 6

Navn:

Dato og underskrift:

## Ansøger

Dato og underskrift

Forbeholdt Dansk Kiropraktor Forening

Fremsendt som godkendt til regionen, dato

## Klinikejer(e)

Dato og underskrift(er)

Forbeholdt regionen

Godkendt i regionen, dato

Husk ved ændringer af oplysninger i skemaet at give besked til regionen med kopi til Dansk Kiropraktor Forening.