



Ansökan om studerandemedlemskap i Farmaciförbundet

Ja tack !

Jag vill gärna bli studerandemedlem i Farmaciförbundet till en kostnad av endast 50:- per termin.

▲ Förnamn

▲ Efternamn

▲ Adress

▲ Postnummer

▲ Postort

▲ Telefon, kväll

▲ Telefon, dag

▲ E-post

Jag vill ha kontinuerlig information från Farmaciförbundet via e-post

Jag är intresserad av att bli studerandeombud och vill ha mer information om detta.

▲ Jag studerar kurs/program

▲ Utbildningsort

▲ Utbildningen började

▲ Utbildningen beräknas sluta

▲ Datum

▲ Namnunderskrift

▲ Personnummer (10 siffror)

skicka ansökan till:

har du frågor om ansökan eller om medlemskapet:

Farmaciförbundet
Västmannagatan 66
113 25 Stockholm

medlemsregistret@farmaciforbundet.se
Tfn 08 - 31 78 23