

SØKNAD OM MEDLEMSKAP

NAVN: _____

FØDSELSDATO: _____

E-MAIL: _____

MOBIL: _____

POSTADRESSE: _____

EVT FAKTURAADRESSE: _____

AUTORISASJON, ÅR: _____

JEG ER HEL-/DELEIER I LABORATORIUM: _____

(For eiere i laboratorium, kommer egen Serviceavtale tilsendt bedriften etter innmelding)

ØNSKER DU Å BLI TILKNYTTET LOKALFORENINGEN I DITT OMRÅDE

JA _____ NEI _____

Jeg har gjennomgått NTTFs lover.

Jeg forplikter meg til så lenge jeg står som medlem - å rette meg etter de til enhver tid gjeldende lover og regler, samt beslutninger truffet av NTTFs styrende organer.

Jeg gir tillatelse til at NTTF kan videreformidle informasjon om mitt medlemskap til NTTFs samarbeidspartnere på medlemsfordeler. JA _____ NEI _____

dato

underskrift