



**Yrkesverksam**  
**Ansökan om medlemskap i**  
**Sveriges Psykologförbund**

Var vänlig texta

**Personuppgifter**

Efternamn	Tilltalsnamn	Personnummer
Bostadsadress	Postnummer	Postadress
Telefon bostad	Mobiltelefon	E-postadress
Kategori Yrkesverksam <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> Pensionär <input type="checkbox"/> Annat .....		

**Utbildning**

Utbildning (ange examina och inriktning, psykologexamen, doktorsexamen)	Examen, år och datum	Leg. år och datum
Innehar Socialstyrelsens leg. som psykoterapeut	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Datum för utfärdande.....
Innehar förbundets specialistbevis	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Datum för utfärdande.....

**Anställning / Arbetsgivare**

Huvudarbetsgivare och org.nr	Arbetsställe och befattning	Sysselsättningsgrad i %	Telefon	
Adress	Box	Postnummer	Postadress	Fax
Arbetsmarknadssektor Egen företagare <input type="checkbox"/> Kommunal <input type="checkbox"/> Kyrkan <input type="checkbox"/> Landsting <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Statlig <input type="checkbox"/>				
Annan arbetsgivare	Befattning	Sysselsättningsgrad i %	Telefon	
Adress	Box	Postnummer	Postadress	Fax
Arbetsmarknadssektor Egen företagare <input type="checkbox"/> Kommunal <input type="checkbox"/> Kyrkan <input type="checkbox"/> Landsting <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Statlig <input type="checkbox"/>				

**Inkomstförhållanden (Bruttoinkomsten anges) OBS! Är du deltidsanställd skall du räkna om din lön till heltid.**

Huvudarbetsgivare	Annan arbetsgivare/egen företagare	Annan ersättning (ex f-kassa, a-kassa, bidrag)
kr/mån	kr/mån	kr/mån

**Bli medlem**

Har tidigare varit medlem i förbundet	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Jag önskar bli medlem fr o m (månad, år).....		
Jag accepterar att Psykologtidningen i kommande nummer namnger mig som ny medlem i förbundet		
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Jag önskar betala min medlemsavgift till Psykologförbundet		
Månadsvis via Autogiro <input type="checkbox"/> Via inbetalningsavi per kvartal <input type="checkbox"/>		
Bank för autogirodragning	Kontonummer	Clearingnummer
<b>OBS!</b> Vill du ansöka om medlemskap i Akademikernas erkända arbetslöshetskassa gör du det lämpligast på <a href="http://www.aea.se">www.aea.se</a> . Där finner du information hur du går till väga. Telefon till AEA 08-566 445 20		
Jag ansöker om medlemskap i Sveriges Psykologförbund och godkänner att lämnade uppgifter behandlas av förbundet samt kan komma att lämnas ut till förbundets samarbetspartners enligt Personuppgiftslagen (SFS 1998:204)		
<b>Kopia på psykologexamensbevis, legitimation eller disputationensbevis ska bifogas denna ansökan</b>		
Ort och datum	Namnteckning	

**Medlemskapet godkänt**

Datum	Län	Signatur	Inträde i förbundet (månad, år)	
-------	-----	----------	---------------------------------	--