

SØKNAD OM TERAPEUTMEDLEMSKAP I NNH

Personopplysninger:

Fullt navn: _____

Privatadresse: _____

Postnr./sted: _____

Fylke: _____ Fødselsdato: _____

Tlf/mobil: _____ E-post: _____

Utdannelse:

Før opp utdanning som er relevant for din søknad.

Utdanning/fag	Utdanningssted/skole/	Lengde/ grad *	Fullført år

*) Oppgi antall timer, år, studiepoeng eller oppnådd grad

Hvilke terapiformer søker du godkjenning i?

1 _____ 3 _____
2 _____ 4 _____

NNH har godkjenningsordning for bl.a. følgende terapiformer: Akupressur, Akupunktur, Allmenn naturterapi, Biopati, Bioresonanseterapi, Fytoterapi, Heilpraktiker, Helhetsterapi, Holistisk hesteterapi, Homøopati, Kinesiologi, Kopping, Kraniosakralterapi, Naturmedisinsk aromaterapi, Naturmedisinsk dyreterapi, Naturmedisinsk ernæringsterapi, Naturmedisinsk muskelterapi, Polaritetsterapi, Refleksologi, Rosenmetoden, Soneterapi, Terapeutisk eurytmi, Terapeutisk healing og Øreakupunktur. Søker du godkjenning i en annen terapiform enn disse, ta kontakt for informasjon om hvordan dette kan gjøres.

Praksis:

Dersom du tidligere eller nå arbeider som terapeut, ber vi deg oppgi følgende:

Når startet du å praktisere som terapeut (årstall): _____

Hvor lenge/mye har du arbeidet (antall år og heltid/deltid): _____

Er autorisert helsepersonell som _____ og har jobbet som dette i _____ år

Annen yrkeserfaring relevant for søknaden: _____

Fylles ut av NNH

Medl. nr: _____

GK.: _____

Brev: _____

Medl.reg. _____

Bruker: _____ Klinikk: _____

Faktura.: _____ Epost: _____

Januar 2022

Kryss av for samtykkene du gir:

Nødvendige samtykker:

For at NNH skal kunne behandle din søknad, må du gi oss disse tre samtykkene. Uten disse kan vi ikke behandle din søknad og du kan heller ikke være terapeutmedlem i NNH. Ønsker du å trekke tilbake noen av disse, må du si opp medlemskapet.

- ☐ Jeg gir mitt samtykke til at opplysningene i dette skjemaet samt vedleggene kan behandles av NNHs administrasjon og godkjenningskomite, og at ved spørsmål angående godkjenningen, eller ved klage, kan hele eller deler av søknaden blir gjort tilgjengelig for faggruppestyre/-kontaktperson og/eller sentralstyret. Ved avslag vil søknad med vedlegg slettes/makuleres ved anmodning eller senest 1 år etter avslagstidspunktet.
- ☐ Jeg gir mitt samtykke om at NNH kan bruke personopplysningene til å:
 - Sendte ut faktura og betalingspåminnelser, samt at personopplysninger kan ved manglende innbetaling av faktura overføres til NNHs inkassobyrå
 - Informere om aktiviteter der NNH er arrangør eller medarrangør
 - Sendte ut fagtidsskriftet Naturterapeuten
 - Sendte relevant informasjon som gjelder medlemskapet, terapeutviksomhet og faginformatjon angående terapiformer jeg er godkjent i eller NNH forventer at jeg bruker.
- ☐ Jeg gir mitt samtykke til at ved godkjenning som terapeutmedlem vil opplysningene i dette skjemaet lagres i NNHs medlemsregister og regnskapssystem. Av hensyn til ansvarsforsikring og bokføringsloven vil sletting på min anmodning tidligst kunne skje 5 år etter at mitt terapeutmedlemskap har opphørt og tidligst 5 år etter at alle mine økonomiske forpliktelser til NNH er oppgjort. Sletting/makulering vil skje 15 år etter opphør av terapeutmedlemskap dersom vi ikke tidligere har mottatt anmodning om sletting.

Valgfrie samtykker:

- ☐ Jeg gir mitt samtykke til at min kontaktinformasjon (navn, adresse, postnr/sted, mobilnr og e-post) kan lagres på www.nnh.no. Disse opplysningene vil bare være synlig for meg selv når jeg er innlogget på medlemssidene slik at jeg kan se hvilke kontaktinformasjoner NNH har for meg. Dette samtykket er nødvendig dersom du ønsker å kunne logge deg inn på medlemssidene.
- ☐ Jeg gir mitt samtykke til at NNH kan registrere at jeg har kompetanse på andre områder, og jeg kan forespøres ved behov angående disse.

Kompetanse: _____

Jeg har lest gjennom NNHs vedtekter og Yrkesetiske retningslinjer, og er klar over at brudd på disse kan medføre opphør av medlemskap. Uriktige opplysninger medfører også tap av rettigheter (som forsikring o.l.). Uriktige kopier av originaldokumenter og alle andre former for dokumentforfalskning vil bli anmeldt. **Medlemskapet varer inntil en av partene sier det opp skriftlig.**

NNH forbeholder seg retten til å kreve å se originaldokumenter, kontakte skoler eller utsteder av vitnemål og attester eller kreve ytterligere informasjon ved behov.

Dato _____ Underskrift _____

Underskrevet søknadsskjema sendes sammen med kopi av vitnemål og annen relevant dokumentasjon til: post@nnh.no



KLINIKKINFORMASJON:

Dersom du blir godkjent som terapeutmedlem kan du få informasjon om deg og din klinikk lagt ut på www.naturterapeuter.no. Oppføringen er kartbasert og rett gateadresse, postnummer og poststed er derfor nødvendig. Bruk gjerne ekstralinje til navn på bygning, navn på senter du jobber ved eller annet som hjelper kunden din til å finne deg.

Kryss av:

- ☐ Jeg gir tillatelse til at mitt navn, hvilke terapiformer jeg har NNH godkjenning i samt informasjon om min klinikk kan under legges ut på www.naturterapeuter.no (ANBEFALT).
- ☐ Jeg gir IKKE tillatelse til at informasjon om meg kan legges ut på www.naturterapeuter.no

Endring av samtykke eller klinikkinformasjon kan du gjøre på medlemssidene eller skriv til post@nnh.no.

Dato _____ Underskrift _____

Fylles ut bare dersom du gir tillatelse:

Navn: _____

Klinikknavn: _____

Ekstralinje (navn på bygg e.l.): _____

Gateadresse: _____

Postnummer: _____ Poststed: _____

Telefon/mobil: _____ Epost: _____

Klinikkens webside, facebook e.l.: _____

Timebestilling (webside e.l.): _____

Når din klinikk har blitt opprettet, vil du få spørsmål om vi skal legge inn bilde og/eller en egenpresentasjon hvor du kan fortelle om din faglige bakgrunn - som utdanning og arbeidssted.

Sendes, gjerne sammen med søknaden, til: post@nnh.no

