



Nafn : \_\_\_\_\_

Kennitala : \_\_\_\_\_

Heimili : \_\_\_\_\_ Póstnr: \_\_\_\_\_

Staður : \_\_\_\_\_

Netfang : \_\_\_\_\_

Símanúmer : \_\_\_\_\_

Hvaða ár útskrifaðist þú? \_\_\_\_\_

Frá hvaða skóla? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Undirskrift Umsækjanda \_\_\_\_\_

Félagsmanni F.Í.H.N ber að virða lög  
og siðareglur félagsins. Stjórn  
F.Í.H.N fer yfir umsóknir.

### Umsóknir skulu sendar með Tölvupósti

Félag Íslenskra Heilsunuddara

E: mail [fihn@fihn.is](mailto:fihn@fihn.is)

Símanúmer starfsmanns: 8459343

### Undirskrift stjórnar

Formaður : \_\_\_\_\_

Varaformaður: \_\_\_\_\_

Gjaldkeri og starfsmaður: \_\_\_\_\_

Ritari: \_\_\_\_\_

Varamaður: \_\_\_\_\_