

TILMELDINGSBLANKET

Jeg ønsker at blive tilmeldt Kost & Ernæringsforbundets frivillige sundhedsforsikring.

Navn: _____

CPR-nr.: _____

Medlemsnr.: _____

Adresse: _____

Dato og underskrift

Blanketten skal indsendes til Kost & Ernæringsforbundet Nørre Voldgade 90, 1358 København K,
Att.: Morten Andersson.

Hvis Kost & Ernæringsforbundet har modtaget blanketten inden den 15. i måneden, træder
sundhedsforsikringen i kraft i indeværende måned. Modtages blanketten efter den 15. i måneden,
træder sundhedsforsikringen i kraft den efterfølgende måned.