

OPPLYSNINGER VEDLAGT SØKNAD OM MEDLEMSKAP

Vennligst bruk blokkbokstaver ved utfylling av søknaden!



Jeg søker herved om medlemskap i Diakonifelleskapet.

Fullt navn som student: _____

Fullt navn pr. i dag: _____

Fødselsdato og -år: _____

Kirkesamfunn: _____

Skole/kullnr.: _____

Når ferdig med sykepleierhøyskolen: _____

Videreutdanning /evt. annen yrkesutdanning:

Nåværende stilling som sykepleier / evt. annen stilling:

Sted/dato _____ den _____

Underskrift: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-postadresse: _____

Søknaden sendes til Diakonova, Postboks 6716 St. Olavs plass, 0130 OSLO.