



*Anmeldeformular bitte im Original ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden an:*

Verband  
für Osteopathie und ganzheitliche Therapie e.V.  
z.Hd. des Vorstands  
Lindwurmstraße 117  
D-80337 München  
Germany

## BEITRITTSERKLÄRUNG

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verband für Osteopathie und ganzheitliche Therapie e.V.:**

Anrede	Geburtsdatum
Vorname	Geburtsort
Name	Nationalität

**Anschrift geschäftlich:**

Praxisname	
Straße	PLZ/Ort
Telefon	Fax
Mobil	E-Mail
Homepage	

**Anschrift privat:**

Straße	PLZ/Ort
Telefon	Fax
Mobil	E-Mail
Homepage	

**Ich wünsche die Aufnahme meiner Daten auf der Homepage des Verbandes für Osteopathie und ganzheitliche Therapie e.V.:**

Schülerliste (in Ausbildung befindlich)

Therapeutenliste

Arzt  
 Heilpraktiker  
 Physiotherapeut  
 Anzahl der Ausbildungsstunden (Osteopathie)

**Angaben zur Ausbildung:**

Abgeschlossene medizinische Ausbildung als	
Beginn Osteopathie-Ausbildung	
Abschluss Osteopathie-Ausbildung	
Name der Aus-/Weiterbildungsstätte	
Straße	
PLZ/Ort	

**Abschlussprüfung der Medizin und Lebenskunst Akademie (bitte Nachweise einreichen):** Basisausbildung (Modul  1,  2,  3) Integration (Modul 4) Spezialisierung (Modul 6) Abschlussarbeit (D.O.S.O.M.<sup>®</sup>)**Abschlussprüfung einer anderen Aus-/Weiterbildungsstätte (bitte Nachweise einreichen):**

Name der Aus-/Weiterbildungsstätte

Bezeichnung des Abschlusses

**Eintrag Ihrer Daten zur Ausbildung auf der Therapeuten-/Schülerliste:** ja  
 nein**Ich beantrage die Mitgliedschaft als:** Therapeut (100€/Jahr)  
 Schüler (25€/Jahr)  
 Fördermitglied (10€/Jahr)**BITTE BEACHTEN:**

Vorstände und Vorstandsmitglieder anderer Osteopathieverbände sowie Mitglieder von Verbänden oder Organisationen, die dem Verband für Osteopathie und ganzheitliche Therapie e.V. entgegenstehen, sind von der Mitgliedschaft ausgeschlossen.

Über die Aufnahme eines Mitglieds in den Verband für Osteopathie und ganzheitliche Therapie e.V. entscheidet der Vorstand vom Verband für Osteopathie und ganzheitliche Therapie e.V. auf schriftlichen Antrag des Antragstellers hin. Eine Ablehnung bedarf keiner Begründung. Die Aufnahme wird dem Antragsteller schriftlich bestätigt.

Ort/Datum

Name des Antragstellers

Unterschrift des Antragstellers

**EINZUGSERMÄCHTIGUNG:**

Der Jahresbeitrag wird per Einzugsermächtigung eingezogen. Der Jahresbeitrag wird zum Beitritt und dann jeweils am Jahresanfang des neuen Kalenderjahres eingezogen. Hiermit ermächtige ich widerruflich, die von mir zu entrichtende Beitragszahlung bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen:

Falls mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Rücklastschriften werden von mir getragen, wenn sie durch verspätete oder unterlassene Änderungsmeldungen oder Übermittlungsfehler entstanden sind. Die Einzugsermächtigung erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft beim Verband für Osteopathie und ganzheitliche Therapie e.V.

Kontoinhaber

Kontonummer

Bankleitzahl

Kreditinstitut

Ort/Datum

Name des Antragstellers

Unterschrift des Antragstellers