



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

BEITRITTSEKLÄRUNG

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.:

<input type="checkbox"/> Schülerliste	(in Ausbildung befindlich)
<input type="checkbox"/> Therapeutenliste	<input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Heilpraktiker <input type="checkbox"/> Physiotherapeut <input type="checkbox"/> Anzahl der Ausbildungsstunden (Osteopathie) _____

Angaben zur Ausbildung:

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



Verband für Osteopathie und ganzheitliche Therapie e.V.

Abschlussprüfung der Medizin und Lebenskunst Akademie (bitte Nachweise einreichen):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Basisausbildung (Modul 1, 2, 3) | <input type="checkbox"/> Integration (Modul 4) |
| <input type="checkbox"/> Spezialisierung (Modul 6) | <input type="checkbox"/> Abschlussarbeit (D.O.S.O.M.®) |

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 (100€/Jahr)
 Fördermitglied (100€/Jahr)

BITTE BEACHTEN:

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