

Beitrittsgesuch

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Geb.-Datum: _____ Heimatort _____

Telefon-Nr. Privat: _____ Natel _____

Telefon-Nr. Geschäft _____

E-Mail _____

Beruf: _____

Ausbildung: _____

Erstberuf: _____

Ich möchte in folgender Kategorie als Mitglied aufgenommen werden:

(Bitte ankreuzen)

Medizinischer Masseur FA / Registraturcode 118

A - Mitglied

Gönner

Gewünschtes Eintritts-Datum _____

Abschluss Med. Masseur FA _____

EMR registriert unter EMR NR _____ [] noch nicht

Bei EMR unter folgenden Methoden registriert _____

ASCA registriert unter ASCA Nr. _____ [] noch nicht

Kategorie A:

Ausbildung in folgenden Therapiemethoden

An welcher Schule/Institut _____

Wann? Abschlussjahr _____

Berufliche Tätigkeit

Angestellt zu _____% Selbständig zu _____% beides zu je _____%

Nur für Selbständigerwerbende

Name der Praxis: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr.: _____

Fax Nr. _____

E-Mail / Homepage _____

Ist eine Berufshaftpflichtversicherung mit angemessener Deckung für therapeutische Tätigkeit vorhanden?
 ja nein

Haben Sie eine kantonale Berufsausübungsbewilligung, wenn ja seit wann? (nur in Kantonen, wo dies möglich ist. _____

Nur für Angestellte

Name der Praxis: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr.: _____

Fax-Nr. _____

E-Mail _____

Ist eine Berufshaftpflichtversicherung mit angemessener Deckung für therapeutische Tätigkeit vorhanden?
 ja nein

Haben Sie eine kantonale Berufsausübungsbewilligung, wenn ja seit wann? (nur in Kantonen, wo dies möglich ist. _____

Künftige Korrespondenz erreicht Sie unter Privatadresse Praxisadresse

Datum: _____

Unterschrift: _____

Diesem Gesuch sind beizulegen:

Diplom(e), Wohnsitzbescheinigung
1 Passfoto /

Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt.