

## BEITRITTSGESUCH

Anmeldung für:

- Med. MasseurIn eidg. Fachausweis**
- StudentIn** Med. MasseurIn eidg. FA in Ausbildung
- academy** für Therapierende mit mind. einer registrierten Therapie-Methode

Ich wünsche die Korrespondenz in:

D

IT

FR

### A. DATUM DER MITGLIED-AUFNAHME

Ich wünsche meine Mitglied-Aufnahme per:

Jahr: \_\_\_\_\_

Monat: \_\_\_\_\_

### B. ANGABEN ZUR PERSON

Anrede:  Herr  Frau

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

### C. ANGABEN KORRESPONDENZ / ADRESSE

Strasse / Hausnr. \_\_\_\_\_

Praxisname \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Kanton \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_



#### D. BERUF UND AUSBILDUNG

Ich bin noch Student; bis wann: \_\_\_\_\_

(bitte Ausbildungsvertrag beilegen)

**Bei dieser Schule haben Sie die Ausbildung zum Med. Masseur eidg. FA / TherapeutIn absolviert:**

Schule (Name, Ort)	Von (Jahr)	Bis (Jahr)

**Ich besitze folgende Titel:**

Med. Masseur eidg. FA (eidgenössischer Fachausweis)

weitere, bitte

aufführen \_\_\_\_\_

#### E. REGISTRIERUNGSTELLEN

Ich bin an folgenden Stellen registriert (bitte Kopien beilegen)

EMR Methoden: \_\_\_\_\_

ASCA Methoden: \_\_\_\_\_

*(ACHTUNG: Die jährliche Fortbildungskontrolle erfolgt über den vdms-asmm und NICHT über die ASCA. Bitte reichen Sie Ihre Weiterbildungsnachweise „Zeitraum Januar bis Dezember“ bis spätestens 30. 01. des Folgejahrs unaufgefordert bei uns ein. Es gibt kein Formular, welches Sie ausfüllen müssen)*

#### F. BERUFSAUSÜBUNGSBEWILLIGUNG

Besitzen Sie die Berufsausübungsbewilligung?

ja       nein

#### G. WIE ÜBEN SIE IHRE BERUFLICHE TÄTIGKEIT AUS?

Angestellt       Eigene Firma       Beides (Teilpensum Angestellt/eigene Firma)



## H. LISTE DER BEILAGEN (zutreffendes ankreuzen und Kopien beilegen)

- Identitätskarte oder Pass
- Diplom, Schulabschluss (zum Med. Masseur eidg. FA / Therapeutische Ausbildung)
- Eidgenössischer Fachausweis Med. Masseur eidg. FA
- Registrierungsbestätigungen EMR und/oder ASCA  
(letzte Bestätigung oder die Anmeldung)
- Berufsausübungsbewilligung (wenn erforderlich)
- Ausbildungsvertrag (NUR BEI ANMELDUNG KATEGORIE STUDENT)
- weitere Beilagen

## I. WIE WURDE ICH AUF DEN VDMS-ASMM AUFMERKSAM

Auf den vdms-asmm wurde ich aufmerksam durch: vdms-asmm Mitglied  Ja  Nein

Wenn Ja: Name, Vorname, Wohnort:

---

## J. BEMERKUNGEN

---

---

## K. UNTERSCHRIFT

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit aller Angaben in diesem Beitrittsgesuche und der von mir eingereichten Dokumente.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Wichtiger Hinweis:** Ihre Mitgliedschaft verlängert sich automatisch um ein Jahr ohne schriftliche Kündigung bis zum 30. September des laufenden Jahres.

**Allgemeiner Hinweis:** Die Daten werden nur zum Zweck der Zusammenarbeit mit Krankenkassen verwendet und nicht zu Werbezwecken.