

BEITRITTSGESUCH

Anmeldung der Mitglieder-Kategorie:

- Med. MasseurIn eidg. Fachausweis**
- SFML** (Therapierende mit Spezialisierung der Methode Manuelle Lymphdrainage)
- StudentIn** (Med. MasseurIn eidg. FA in Ausbildung)
- academy** (Therapierende mit mind. einer registrierten Therapie-Methode)

Ich wünsche die Korrespondenz in: **D** **IT** **FR**

Beginn der Mitgliedschaft

Ich wünsche meine Mitglied-Aufnahme per:

Jahr: _____ Monat: _____

Angaben zur Person

Anrede: Herr Frau

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____

Angaben zur Korrespondenzadresse

Strasse / Hausnr.	_____	Praxisname	_____
PLZ	_____	Ort	_____
Kanton	_____	Land	_____
Telefon	_____	E-Mail	_____
Mobil	_____		



Beruf und Ausbildung

- Ich bin noch StudentIn; bis wann: _____

In dieser Schule habe ich meine Ausbildung absolviert:

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

Ich besitze folgende Titel:

- Med. MasseurIn eidg. Fachausweis
- weitere, bitte aufführen _____

Registrierungsstellen

Ich bin bei folgenden Registrierungsstellen angemeldet:

- EMR Methoden: _____
- ASCA Methoden: _____

(ACHTUNG: Die jährliche ASCA Fortbildungskontrolle erfolgt direkt 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)

Berufsausübungsbewilligung

Besitzen Sie eine Berufsausübungsbewilligung?

- ja Kanton: _____
- nein

Wie üben Sie Ihre berufliche Tätigkeit aus?

- Angestellt Eigene Firma Beides (Teilpensum Angestellt/eigene Firma)



Liste der Beilagen (zutreffendes ankreuzen und Kopien beilegen)

- Identitätskarte oder Pass
- Diplom, Schulabschluss (zum Med. MasseurIn eidg. FA / Therapeutische Ausbildung)
- Eidgenössischer Fachausweis Med. MasseurIn eidg. FA
- Registrierungsbestätigungen EMR und/oder ASCA
(letzte Bestätigung oder die Anmeldung)
- Berufsausübungsbewilligung
- Ausbildungsvertrag (Nur bei Anmeldung der Kategorie StudentIn)
- weitere Beilagen

Wie wurde ich auf den vdms-asmm aufmerksam?

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

andere, bitte aufführen _____

Bemerkungen

Unterschrift

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

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Ihre Mitgliedschaft wird automatisch um ein weiteres Jahr verlängert, sofern keine schriftliche Kündigung bis zum 30. September des aktuellen Jahres erfolgt.

Ihre Daten werden ausschliesslich für die Zusammenarbeit mit Krankenkassen genutzt und nicht für Werbezwecke verwendet.