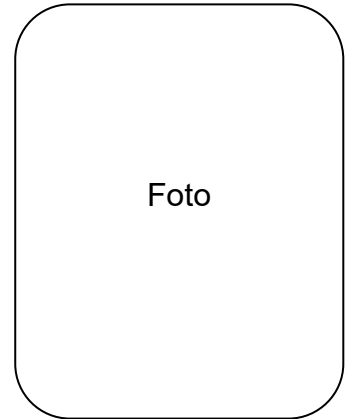




Aufnahmegesuch



Ich möchte gemäss den Statuten und Verbandsbestimmungen
Fachmitglied des SFML werden.

Korrespondenzadresse: (für den Verband)

Name: Vorname:

Beruf: Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefon: Natel:

E-Mail:

Praxisadresse: (wird für Therapeutenliste und Interneteintrag verwendet)

Praxisname:

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefon: Natel:

E-Mail:

Homepage-Adresse:

Ich möchte auf der Therapeutenliste im Internet erscheinen: ja nein

Eintrittsbegründung:

.....
.....
.....
.....

Ausbildung	Stundenzahl	Datum/Zeitraum	Schule/Anbieter
Anatomie Med. Grundlagen			
Manuelle Lymphdrainage (KPE)			
Andere Therapieformen			

Zusammen mit dem Aufnahmegesuch sind folgende Unterlagen (vollständig) einzureichen:

- Diplome, Zertifikate und Kursbestätigungen der abgeschlossenen Ausbildungen, Grund- und Zusatzausbildungen)
- EMR-Anerkennung mit ZSR-Nummer
- Antrag zur Obligatorische Haftpflichtversicherung SFML für therapeutische Tätigkeit oder Kopie des Versicherungsausweises
- Ein aktuelles Passfoto für Mitgliederdatei beilegen
- Die „Ethischen Richtlinien“ unterschrieben

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben, anerkenne die Statuten und Verbandsbestimmungen des SFML. **Ich verpflichte mich zur Erfüllung dieser Bestimmungen.**

Ich nehme zur Kenntnis, dass unkorrekte Angaben zum Ausschluss aus dem Verband führen.

Bitte beachten Sie, dass Unkosten für Sie entstehen können, wenn das Dossier nicht vollständig eingereicht wird.

Ort und Datum:

Unterschrift:

Beilagen:

- Kopie Diplome, Zertifikate, Kursbestätigungen
- Kopie EMR-Anerkennung
- Antrag Oblig. Haftpflichtversicherung oder Kopie Versicherungsnachweis
- „Ethische Richtlinien“ unterschrieben
- Passfoto