



Aufnahmegesuch Akupressur Verband Schweiz

Art der Mitgliedschaft	Aktiv-Mitgliedschaft für praktizierende Therapeut*innen	<input type="checkbox"/>
	Aktiv-Mitgliedschaft für Bildungsanbietende	<input type="checkbox"/>
	Aktiv-Mitgliedschaft für Studierende	<input type="checkbox"/>
	Passiv-Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/>
	Passiv-Mitgliedschaft für Bildungsanbietende	<input type="checkbox"/>
<i>(s. Aufnahmereglement des Akupressur Verbandes Schweiz)</i>		
Eintrittsdatum		
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		

Berufshaftpflicht-Versicherung

Berufshaftpflichtversicherung erwünscht? *	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

Für Aktiv-Mitglieder: Therapeut*innen mit Diplom in Akupressur

Therapeut*in-Porträt im Web erwünscht? * www.akupressur-verband.ch/praxis-in-ihrer-naehe	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

* Wenn ja: Die Geschäftsstelle wird sich für Detail-Informationen bei Ihnen melden.



Akupressur Verband Schweiz
Association Suisse d'Acupressure
Associazione Svizzera d'Acupressione

Adresse Praxis

Strasse	
PLZ / Ort	
Telefon Geschäft	
E-Mail-Geschäft	
Website	
Ausbildung bei:	
Diplom (Datum)	

Adresse Privat

Strasse Privat	
PLZ / Ort	
Telefon Privat	
E-Mail Privat	

Gewünschte Kontaktadresse für die Post- und E-Mailzustellung

- ☐ **Praxis**
- ☐ **Privat**

Bitte dem Aufnahmegesuch die folgenden Kopien beilegen (falls vorhanden):

Diplom:	Akupressur Therapie
Anerkennung:	EMR, ASCA, NVS/SPAK
Abschluss BZ:	Branchenzertifikat – KomplementärTherapeut*in BZ
Diplom HFP:	KomplementärTherapeut*in mit eidg. Diplom Methode Akupressur Therapie
Studierende:	Ausbildungsnachweis



Akupressur Verband Schweiz
Association Suisse d'Acupressure
Associazione Svizzera d'Acupressione

Vielen Dank für die Zustellung Ihres Aufnahmegesuchs und für Ihr Interesse!

Nun bitten wir Sie um etwas Geduld, damit wir Ihre Unterlagen prüfen und bearbeiten können. Gerne werden wir uns zeitnah wieder bei Ihnen melden.

Herzliche Grüsse

Akupressur Verband Schweiz

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte einsenden an:

Akupressur Verband Schweiz
Geschäftsstelle Myrthe de Roo
Burgfelderstrasse 20
CH-4055 Basel
info@akupressur-verband.ch

Öffnungszeiten Geschäftsstelle:

Dienstag	von 09:00 Uhr – 11:00 Uhr
Freitag	von 09:00 Uhr – 11:00 Uhr