



Aufnahmegesuch Akupressur Verband Schweiz

Art der Mitgliedschaft	Aktiv-Mitgliedschaft für praktizierende TherapeutInnen	<input type="checkbox"/>
	Aktiv-Mitgliedschaft für Schulen	<input type="checkbox"/>
	Aktiv-Mitgliedschaft für Studierende	<input type="checkbox"/>
	Passiv-Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/>
	Passiv-Mitgliedschaft für Schulen	<input type="checkbox"/>
<i>(siehe 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: TherapeutInnen mit Diplom in Akupressur

TherapeutIn-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 dir melden.



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 Aufnahmege such die folgenden Kopien beilegen (falls vorhanden):

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



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

AVS Mitgliedschaft: Aufnahmegesuch_Formular

Wir danken Ihnen herzlich für die Zustellung Ihres Aufnahmegesuchs und bitten Sie um etwas Geduld, damit wir Prüfen und bearbeiten können.

Sobald Ihr Aufnahmegesuch geprüft und erfüllt ist, erhalten Sie von uns zum Ausfüllen und Unterzeichnen die folgenden Unterlagen:

- Statuten
- Reglemente
- Formulare für Datenschutz und TherapeuIn-Proträt im Web

Wir werden uns baldmöglichst 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