



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 | |
| Mobile | |
| E-Mail | |
| Homepage | |
| Ausbildung bei: | |
| Diplom (Datum) | |

Adresse Privat

| | |
|-----------------------|--|
| Strasse | |
| PLZ / Ort | |
| Telefon Privat | |

Bitte dem Aufnahmegesuch 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'Acupression
Associazione Svizzera d'Agopressione

AVS Mitgliedschaft: Aufnahmegesuch_Formular

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden mit den vorliegenden Bestimmungen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte einsenden an:

Akupressur Verband Schweiz
Geschäftsstelle Myrthe de Roo
Sängergasse 21
4054 Basel

info@akupressur-verband.ch