



## Aufnahmegesuch Akupressur Verband Schweiz

<b>Art der Mitgliedschaft</b>	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>	
<b>Eintrittsdatum</b>		
<b>Name</b>		
<b>Vorname</b>		
<b>Geburtsdatum</b>		

### Berufshaftpflicht-Versicherung

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

### Für Aktiv-Mitglieder: TherapeutInnen mit Diplom in Akupressur

<b>TherapeutIn-Porträt im Web erwünscht? *</b> <a href="http://www.akupressur-verband.ch/praxis-in-ihre-naehe">www.akupressur-verband.ch/praxis-in-ihre-naehe</a>	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>
--	------------------------------------	--------------------------------------

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



## Adresse Praxis

<b>Strasse</b>	
<b>PLZ / Ort</b>	
<b>Telefon Geschäft</b>	
<b>Mobile</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Homepage</b>	
<b>Ausbildung bei:</b>	
<b>Diplom (Datum)</b>	

## Adresse Privat

<b>Strasse</b>	
<b>PLZ / Ort</b>	
<b>Telefon Privat</b>	

## 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](mailto:info@akupressur-verband.ch)