VPT Verband Physikalische Therapie

AUFNAHMEANTRAG

Landesgruppe:*

Mitgliedsnummer:*

*vom Verband einzutragen!

PERSÖNLICHE DATEN

Beginn der Mitgliedschaft

Name | Vorname/Titel ❑ männlich ❑ weiblich | Geboren am

Straße, Hausnummer | PLZ | Ort

Telefon privat | E-Mail

Korrespondenzadresse (falls abweichend)

Name der Praxis, bzw. abweichender Name | Telefon dienstlich | Fax

Straße, Hausnummer | PLZ | Ort

Ich war schon einmal Mitglied im Verband Physikalische Therapie e.V.

☐ Nein ☐ Ja von bis in der Landesgruppe

Zusatz für die Sektion Blinde und Sehbehinderte

☐ Ich bin stark sehbehindert/blind Ich möchte die Verbandszeitschrift VPTMagazin ☐ als Hörversion auf CD ☐ in gedruckter Form erhalten.

BITTE GEBEN SIE HIER NUR IHREN AKTUELLEN STATUS AN:

☐ Schüler(in) ☐ Weiterqualifikant(in) ☐ Angestellte(r) ☐ arbeitsuchend

☐ Praktikant(in) ☐ Selbstständige(r)/Fachliche(r) Leiter(in) ☐ Student(in) ☐ Elternzeit

seit/von bis Bei Selbstständigen: Kassenzulassung seit

Bitte die entsprechende Bescheinigung als Kopie beilegen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und die Beitragsordnung des VPT in seiner jeweils gültigen Version (siehe www.vpt.de) an. Gleichzeitig bin ich damit einverstanden, dass mir der Verband relevante Informationen sowie Fortbildungsmöglichkeiten per Post oder elektronischem Newsletter zukommen lässt. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit gegenüber dem Verband widerrufen kann.

X

Datum/Unterschrift Antragsteller oder gesetzlicher Vertreter

Name des gesetzlichen Vertreters | Vorname/Titel ❑ männlich ❑ weiblich | Geboren am

BANKVERBINDUNG

Ich ermächtige den Verband Physikalische Therapie e.V., fällige Mitgliedsbeiträge gemäß der Beitragsordnung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verband Physikalische Therapie e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers | Bank

D E

IBAN | BIC

X

Datum/Unterschrift

BERUFLICHE AUSBILDUNG / FORT- UND WEITERBILDUNG

Staatliche Prüfung bestanden als:

☐ Masseur(in) ☐ Masseur(in) u. med. Bademeister(in) ☐ Krankengymnast(in)/Physiotherapeut(in)

☐ Ergotherapeut(in) ☐ Podologe/Podologin ☐ Logopäde/Logopädin (oder vergleichbar)

Staatliche Anerkennung erhalten:

☐ Masseur(in) ☐ Masseur(in) u. med. Bademeister(in) ☐ Krankengymnast(in)/Physiotherapeut(in)

☐ Ergotherapeut(in) ☐ Podologe/Podologin ☐ Logopäde/Logopädin (oder vergleichbar)

☐ Sektorale(r) Heilpraktiker(in) für Physiotherapie ☐ Voll-Heilpraktiker(in)

Akademische Ausbildung:

☐ Bachelor ☐ Master ☐ Promotion

Fort- und Weiterbildungen:

☐ Manuelle Lymphdrainage ☐ MAT/MTT/KGG

☐ Manuelle Therapie ☐ KG-ZNS (nach Bobath/Vojta/PNF)

Bitte die entsprechenden Bescheinigungen, Urkunden, Zeugnisse, Zertifikate oder sonstige Nachweise als Kopie beilegen.