Antrag auf D-Mitgliedschaft

Foto

aufkleben

|  |
| --- |
| Nach Erhalt Ihrer Anmeldung senden wir Ihnen die Rechnung (pro Rata) zu. Nach Eingang Ihrer Zahlung erhalten Sie die Mitgliedschaftsbestätigung und die Zugangsdaten zum Login-Bereich unserer Homepage. |

Persönliche Angaben: (Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anrede |  | Titel |
|  |  |  |
| Name |  | Vorname |
|  |  |  |
| Strasse/Nr. |  | PLZ/Ort Kanton |
|  |  |  |
| Telefon |  | Geburtsdatum |
|  |  |  |
| Mobiltelefon |  | E-Mail |

Berufliche Angaben:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beruf |  | angestellt  selbständig |
|  |  |  |
| Strasse/Nr. |  | PLZ/Ort Kanton |
|  |  |  |
| Telefon |  | Fax |

Ausbildung in TCM:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ausbildungsstätte |  | PLZ/Ort |
|  |  |  |
| Strasse/Nr. |  | Telefon |
|  |  |  |
| Ausbildung von - bis |  |  |

Beilagen:

Bestätigung oder Diplom der TCM-Ausbildung

Berufshaftpflichtversicherung (nur mit gleichzeitiger Registrierung bei ASCA oder EMR)

Ich interessiere mich für die kostengünstige Berufshaftpflichtversicherung und lege die Bestätigung meiner   
ASCA- oder EMR Registrierung bei. Dafür erhalte ich mit der Bestätigung den Link zum Versicherungsangebot.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und bin damit einverstanden, dass Infor­ma­tio­nen an interessierte Stellen (Krankenkassen, Patienten­organisationen, etc. (nicht für kommerzielle Zwecke!)) weitergegeben werden oder auf ent­sprechen­den Listen des TCM Fachverband Schweiz veröffentlicht werden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ort/Datum** |  | **Unterschrift** |