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** |