



→ Eintragungen des Verbandes!

Beginn der Mitgliedschaft _____

Waren Sie schon einmal Mitglied im VPT? Nein Ja

von _____

bis _____

Landesgruppe _____

Mitgliedsnummer _____

in der Landesgruppe _____

Persönliche Daten

Name _____

Vorname _____

Wohnanschrift _____

Telefon (tagsüber) _____

Telefon (Mobil) _____

Fax (privat) _____

E-Mail (privat) _____

Geburtsname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Korrespondenzadresse → Falls abweichend von persönlichen Daten.

Name _____

Vorname _____

Anschrift _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

→ Nur beantworten falls sehbehindert oder blind.

Ich bin stark sehbehindert/blind Ja

Ich möchte die Verbandszeitschrift auf CD gelesen erhalten Ja

Berufliche Ausbildung / Fort- und Weiterbildung

- Staatliche Prüfung bestanden als Masseur(in) Masseur(in) und med. Bademeister(in) Krankengymnast(in)/Physiotherapeut(in) Podologe/Podologin Ergotherapeut(in) Logopäde/Logopädin od. vergleichbar

Akademische Ausbildung Bachelor Master Promotion

- Staatliche Anerkennung erhalten als Masseur(in) Masseur(in) und med. Bademeister(in) Krankengymnast(in)/Physiotherapeut(in) Podologe/Podologin Ergotherapeut(in) Logopäde/Logopädin od. vergleichbar

→ Bitte Kopie der Abschlussurkunde beilegen!

Meine Fort- und Weiterbildungen Manuelle Lymphdrainage

→ Bitte Kopien von Zeugnissen, Zertifikaten, Qualifikationsnachweisen o.ä. beilegen!

Manuelle Therapie

Rückenschullehrer(in)

MAT / MTT / KGG

Osteopathie

KG - ZNS (nach Bobath / Voita / PNF)

Sportphysiotherapie

Chiro-Gymnastik

Weitere Fort- und Weiterbildungen _____

→ Bitte geben Sie hier nur Ihren aktuellen Status an!

Schüler(in) von _____ bis _____

→ Bitte Schulbescheinigung als Kopie beilegen!

Praktikant(in) von _____ bis _____

→ Bitte Bescheinigung über die Ableistung der praktischen Tätigkeit als Kopie beilegen!

Weiterqualifikant(in) von _____ bis _____

→ Bitte Schulbescheinigung als Kopie beilegen!

Selbstständige(r) seit _____ → Kassenzulassung seit _____

_____ → Bitte Kassenzulassung als Kopie beilegen!

Angestellte(r) seit _____ Meine Praxisanschrift _____

Student(in) seit _____ Telefon / Fax / E-Mail _____

arbeitssuchend seit _____

→ Bitte Bescheinigung der Arbeitsagentur beilegen!

Elternzeit von _____ bis _____

→ Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beilegen!