

Landesgruppe:*

Mitgliedsnummer:*

*vom Verband einzutragen!

PERSÖNLICHE DATEN

Beginn der Mitgliedschaft

Name Vorname/Titel männlich weiblich divers 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 mal Mitglied im Verband für Physiotherapie e.V.

Nein Ja von bis in der Landesgruppe

Ich möchte das VPT Magazin

in gedruckter Form als Hörversion auf CD (ein Service für stark Sehbehinderte und Blinde) nicht erhalten.

BITTE GEBEN SIE HIER NUR IHREN AKTUELLEN STATUS AN:

Schüler(in) Weiterqualifikant(in) Angestellte(r) arbeitssuchend

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

seit/von bis Bei Selbstständigen: Kassenzulassung seit

Name des gesetzlichen Vertreters Vorname/Titel männlich weiblich divers geboren am

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)

Hiermit stelle ich einen Antrag auf Mitgliedschaft beim VPT.

Ort, Datum Unterschrift

DATENSCHUTZ

Die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten werden nicht weitergegeben und für keine anderen Zwecke als die bei der Aufnahme der Daten genannten verwendet.

- Hiermit stimme ich der Datenschutzerklärung zu.
- Hiermit 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.
- Hiermit widerspreche ich der Datenschutzerklärung.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

- Ich ermächtige den Verband für Physiotherapie e.V. fällige Mitgliedsbeiträge gemäß der Beitragsordnung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verband für Physiotherapie 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

IBAN

Ort, Datum

BIC

Unterschrift