

Aufnahmegesuch

Anmeldung für:

- Lymph-Therapeuten**
- Lymph-Therapeuten Ü65**

A. Eintrittstermin

Ich wünsche meine Mitglied-Aufnahme per:

Jahr: _____ Monat: _____

B. Angaben zur Person

Anrede: Herr Frau

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____

C. Angaben Korrespondenz / Adresse

Strasse / Hausnr. _____ Praxisname _____

PLZ _____ Ort _____

Kanton _____ Land _____

Telefon _____ E-Mail _____

Mobil _____ Website _____

D. Beruf und Ausbildung

Bei dieser Schule haben Sie die Ausbildung zum absolviert:

Schule (Name, Ort)	Von (Jahr)	Bis (Jahr)

E . Registrierungsstellen

Ich bin an folgenden Stellen registriert (bitte Kopien beilegen)

- EMR Methoden: _____
- ASCA Methoden: _____

(ACHTUNG: Die jährliche Fortbildungskontrolle erfolgt über den SFML und NICHT über die ASCA. Bitte reichen Sie Ihre Weiterbildungsnachweise „Zeitraum Januar bis Dezember“ bis spätestens 30. 01. des Folgejahrs unaufgefordert bei uns ein. Es gibt kein Formular, welches Sie ausfüllen müssen). Weitere Infos finden Sie im Login-Bereich der SFML Website.

F. Liste der Beilagen (zutreffendes ankreuzen und Kopien beilegen)

- Identitätskarte oder Pass
- Diplom Lymph-TherapeutIn, Schulabschluss
- Registrierungsbestätigungen EMR und/oder ASCA
- weitere Beilagen

G. Ich habe gelesen und verstanden und verpflichte mich zur Erfüllung dieser Bestimmungen:

- Statuten
- Weiterbildungsrichtlinien
- Ethischen Richtlinien
- Hygienevorschriften
- Ich nehme zur Kenntnis, dass unkorrekte Angaben zum Ausschluss aus dem Verband führen

H. Bemerkungen

I. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit aller Angaben in diesem Aufnahmegesuch und der von mir eingereichten Dokumente.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____