

# VERBAND PHYSIKALISCHE THERAPIE – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e.V. Sitz Hamburg



Eintragungen des Verbandes

## Aufnahmeantrag

Beginn der Mitgliedschaft: \_\_\_\_\_

Landesgruppe: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal Mitglied im VPT:  \*Nein  \*Ja

Wenn ja, von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

In welcher VPT-Landesgruppe? \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

in: \_\_\_\_\_

Telefon priv.: \_\_\_\_\_

Telefax priv.: \_\_\_\_\_

E-Mail priv.: \_\_\_\_\_

## Gewünschte Korrespondenzadresse

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

stark sehbehindert / blind ja  \*

ich möchte die Verbandszeitschrift auf CD gelesen erhalten  \*

## Staatliche Prüfung bestanden als:

Masseur(in)  
Masseur(in) und med. Bademeister(in)  
Krankengymnast(in) / Physiotherapeut(in)

am: \_\_\_\_\_ ausstellende Behörde: \_\_\_\_\_

(bitte eine **Kopie** von Zeugnissen beilegen)

## Staatliche Anerkennung erhalten als:

\* Masseur(in)  
 \* Masseur(in) und med. Bademeister(in)  
 \* Krankengymnast(in) / Physiotherapeut(in)

am: \_\_\_\_\_ ausstellende Behörde: \_\_\_\_\_

(bitte eine **Kopie** der Berufserlaubnisurkunde beilegen)

## Fort- und Weiterbildung: (bitte von Zeugnissen, Zertifikaten, Qualifikationsnachweisen o.ä. eine **Kopie** beilegen)

Manuelle Lymphdrainage  
Manuelle Therapie  
Rückenschullehrer(in)  
Krankengymnastik auf neurophysiol. Grundlage (nach Bobath / Vojta / PNF)

\* MAT / MTT  
 \* Orthopädische Medizin nach Cyriax  
 \* Sportphysiotherapie  
 \* Chiro-Gymnastik

Weitere Fort- und Weiterbildungen: \_\_\_\_\_

Schüler(in) von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ (bitte Schulbescheinigung als **Kopie** beilegen)

Praktikant(in) von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ (bitte Bescheinigung über die Ableistung der praktischen Tätigkeit als **Kopie** beilegen)

Angestellte(r) seit: \_\_\_\_\_

Student(in) seit: \_\_\_\_\_

Selbstständig seit: \_\_\_\_\_ Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Kassenzulassung seit: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Die Satzung des Verbandes erkenne ich hiermit an.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich bin einverstanden  \* nicht einverstanden  \*, dass Sie den jeweils gültigen Mitgliedsbeitrag vierteljährlich per Lastschrift bis auf Widerruf von meinem Konto einziehen.

Bei Änderung oder Auflösung der Bankverbindung bitten wir um unverzügliche Mitteilung, damit unnötige Bankgebühren vermieden werden.

Name des Kreditinstituts: \_\_\_\_\_ Kto.-Nr.: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

\*) Zutreffendes bitte ankreuzen.

Unterschrift: \_\_\_\_\_