FACHVERBAND FARBTHERAPIE

FFtSchweiz

Qualitätssicherung in Ausbildung und Therapie

Antrag für Mitgliedschaft

Bitte ankreuzen!

☐ **Aktivmitglied** ☐ **Passivmitglied**

Bitte komplett ausfüllen!

Persönliche Angaben

Vorname

Nachname

Strasse

PLZ/Ort

Telefon mobil

E-Mail-Adresse

Geburtsdatum

Angaben zur Praxis

Praxisname

Strasse

PLZ/Ort

Telefon mobil

E-Mail-Adresse

Website

Blatt bitte wenden!

Eintrag ins Therapeutenverzeichnis ☐ **JA** ☐ **NEIN**

Kurzer einführender Text zu Deiner Arbeit. Max 120 Zeichen

Schreibe etwas zu Deinem Angebot. Max 800 Zeichen

Welche Postadresse soll wir für die Korrespondenz verwenden?

- Privat-Adresse
- Praxis-Adresse

Bitte lege dieser Anmeldung deine Dokumente (Profilbild, Diplom/Zertifikat und den Stundennachweis) bei. Erst nach Prüfung aller Dokumente wird dein Antrag genehmigt. Das Qualitätslabel wird dir als Bestätigung per Post zugesendet.

Unterschrift: _____

Mit der Unterschrift akzeptiere ich die Datenschutzerklärungen und die Allgemeinen Geschäftsbedingungen.

Safe the Date: Mitgliederversammlung DO 18.03.2027