



## 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

- Ich übermittle den Eintrag ins Therapeutenverzeichnis per E-Mail, nachdem ich dazu aufgefordert wurde.

Kurzer einführender Text zu Deiner Arbeit. Max 120 Zeichen

---

---

---

---

---

Schreibe etwas zu Deinem Angebot. Max 800 Zeichen

---

---

---

---

---

---

---

---

Du wirst in den nächsten Tagen per E-Mail dazu aufgefordert, deine Dokumente (Profilbild, Diplom/Zertifikat und den Stundennachweis) zu senden. 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 20.03.2025**