

Antrag auf Mitgliedschaft in den **Verband Osteopathie Schule Deutschland e.V.**

Persönliche Angaben

Name	
Vorname	
Titel (optional)	
Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)	
Klasse:	
voraussichtliches Ausbildungsende:	

Adressangaben

	privat	beruflich
Praxisname		
Straße / Hausnummer		
Postleitzahl		
Ort / Land		
Telefonnummer		
Handynummer		
E-Mailadresse		
Website		

Bitte teilen Sie uns Änderungen zu Ihrem Namen, Ihrer Anschrift, Mailadresse sowie Ihrer Kontoverbindung direkt und zeitnah mit – an: vosd@osteopathie-schule.de !

Beruf / Ausbildung

Arzt	<input type="checkbox"/>	Abgeschlossen (Jahr): _____
Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	Abgeschlossen (Jahr): _____
Physiotherapeut	<input type="checkbox"/>	Abgeschlossen (Jahr): _____
Osteopath	<input type="checkbox"/>	Abgeschlossen (Jahr): _____
Kinderosteopath	<input type="checkbox"/>	Abgeschlossen (Jahr): _____
andere Berufsausbildung / Studium: _____		
Abgeschlossen (Jahr): _____		

Hiermit stelle ich den Antrag zur Aufnahme in den **Verband Osteopathie Schule Deutschland e.V.** Gleichzeitig bin ich damit einverstanden, dass meine Praxisdaten (betrifft ausschließlich fertigausbildete Osteopathen*innen) auf der Therapeutenliste des VOSD veröffentlicht werden. Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden weitere Informationen über meine E-Mailadresse zu erhalten. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Mitgliednummer

--	--	--	--	--	--

Büroanschrift: Verband Osteopathie Schule Deutschland e.V.

Rabenberg 11 - 22391 Hamburg

Kontakt: vosd@osteopathie-schule.de

Tel.: +49 40 644 15 69 25 (Sprechzeiten: MO 11-13 Uhr und DO 19.30-21.30 Uhr)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE95ZZZ00000815290

