

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum **Verein der Osteopathen Bayern e.V.** (VdOB).

Die Satzung habe ich erhalten.

Name		Vorname	
PLZ/Wohnort		Straße	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Nationalität		Beruf	
Telefon		Email	

Name und Anschrift der Ausbildungsstätte der Osteopathieausbildung

Bitte dem Antrag folgende Nachweise in Kopie beifügen:

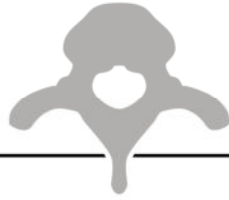
(Entfällt, falls Sie die Ausbildung an der OSC Sonntagshornstraße 21 83278 Traunstein absolviert haben)

1. Berufsurkunde
2. Nachweis über Abschluss der Osteopathieausbildung
3. Curriculum der jeweiligen Schule samt Zeugnissen
4. Für Schüler, Nachweis über bestandene Zwischenprüfung
5. Einzugsermächtigung / SEPA Lastschriftmandat
6. Anmeldung VdOB Therapeutenliste (falls gewünscht)

Bitte auswählen und ankreuzen:

<input type="checkbox"/>	Ordentliches Mitglied: Jahresbeitrag EURO 180,00 Natürliche Personen, die die Osteopathie-Ausbildung mit Abschlussprüfung an einer von uns anerkannten Schule in einem Umfang von mindestens vier Jahren mit 1.350 Unterrichtseinheiten erfolgreich absolviert haben.
<input type="checkbox"/>	Außerordentliches Mitglied: Jahresbeitrag EURO 60,00 Personen, die sich in Ausbildung zum Osteopathen befinden bzw. die Voraussetzung eines Ordentlichen Mitglieds noch nicht erfüllen. Mit bestandener Prüfung geht die Mitgliedschaft automatisch in eine ordentliche Mitgliedschaft über (Widerspruchsrecht 4 Wochen).
<input type="checkbox"/>	Förderndes Mitglied: beitragsfrei Alle natürlichen oder juristischen Personen, die nicht ordentliche oder außerordentliche Mitglieder sind. Ihnen steht gleichermaßen die Teilnahme an Veranstaltungen des Vereins zu sofern die Kapazitäten (räumlich und zeitlich) ausreichen

Ort / Datum / Unterschrift _____



Liebes Verbandsmitglied,

um auf unserer **Therapeutenliste** im Internet www.osteopathieverband-bayern.de aufgenommen und veröffentlicht zu werden, benötigen wir das ausgefüllte und unterzeichnete Formular per Post oder Fax 0861 166 97 98 an uns zurück.

Vorname:	
Nachname:	
Straße:	
PLZ Wohnort:	
Praxis	
Straße:	
PLZ Ort:	
Telefon	
Fax:	
Emailadresse:	
Beruf:	

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit Einverstanden, dass meine Daten auf der Homepage des <http://osteopathieverband-bayern.de/> in einer Therapeutenliste veröffentlicht werden.

Ort und Datum

Unterschrift