

ANSØGNINGSSKEMA TIL OPTAGELSE I ZONECONNECTION TERAPEUTFORENING

1.	PERSONLIGE OPLYSNINGER				
	Medlems nummer:			(udfyldes af ZCT)	
	Navn:				
	Privat adresse:		Post nr./By		
	Telefon(privat)		Mail(privat)		
2.	KLINIK OPLYSNINGER				
	<i>Nedenstående oplysninger vil vises på behandlerlisten på www.zct.dk</i>				
	Navn:				
	Klinik navn:				
	Klinik adresse:				
	Post nr./By				
	Telefonnr.:		Mailadresse:		
	Hjemmeside:				
3.	MEDLEMSKAB MED RAB REGISTRERING				
	Der vedhæftes kopi af dit eksamensbevis samt kopi af dokumentation for uddannelsens varighed (timaltal skal udgøre minimum 660 timer). Der vedlægges kopi af opdateret førstehjælpskursus.				
	<i>Afkryds nedenfor i hvilken faggruppe</i>				
	Zoneterapi	Akupunktur	Massage	Kranio Sakral terapi	
	Uddannelsessted:				
	Uddannelsen afsluttet:				
4.	MEDLEMSKAB UDEN RAB REGISTRERING				
	Der vedhæftes kopi af dit eksamensbevis samt kopi af dokumentation for uddannelsens varighed (timaltal skal udgøre minimum 660 timer). Der vedlægges kopi af opdateret førstehjælpskursus.				
	<i>Afkryds nedenfor i hvilken faggruppe</i>				
	Zoneterapi	Akupunktur	Massage	Kranio Sakral Terapi	EFTMR
	Uddannelsessted:				
	Uddannelsen afsluttet:				
5.	NYHEDSBREVE				
	Jeg ønsker at modtage nyhedsbreve fra ZCT		JA TAK	NEJ TAK	

Tro og Love-erklæring:

Undertegnede erklærer hermed at være bekendt med gældende regler og retningslinjer for zct og for Sundhedsstyrelsens RAB-bestemmelser, samt at overholde disse. Endvidere erklærer undertegnede at de afgivne oplysninger er korrekte.

Dato: _____ Underskrift: _____



Zoneconnection Terapeutforening, Søndre Badevej 4E, 4600 Køge, mail: admin@zct.dk , www.zct.dk

ZoneConnection Terapeutforening er godkendt til at RAB -registrere zoneterapeuter, massører, akupunktører samt Kranio-Sakralterapeuter.