

## ANSØGNINGSSKEMA TIL OPTAGELSE I ZONECONNECTION TERAPEUTFORENING

<b>1.</b>	<b>PERSONLIGE OPLYSNINGER</b>					
	MEDLEMSNUMMER:		<i>Udfyldes af ZCT</i>			
	NAVN:					
	PRIVATADRESSE:		POST NR./BY:			
	TELEFON(PRIVAT):		MAIL (PRIVAT):			
<b>2.</b>	<b>KLINIK OPLYSNINGER</b>					
	<i>Nedenstående oplysninger vises på behandlerlisten på <a href="http://www.zct.dk">www.zct.dk</a></i>					
	NAVN:					
	KLINIK NAVN:					
	KLINIK ADRESSE:					
	POST NR./BY:		TELEFON:			
	HJEMMESIDE:		MAIL:			
<b>3.</b>	<b>MEDLEMSKAB MED RAB REGISTRERING</b>					
	<i>Der vedhæftes kopi af: eksamensbevis, dokumentation for uddannelsens varighed (timeantal skal udgøre minimum 660 timer), eksamensbeviser fra anatomi/ fysiologi, sygdomslære samt kopi af førstehjælpsbevis, som ikke må være ældre end 2 år.</i>					
	<i>Afkryds nedenfor indenfor hvilken faggruppe der ønskes optagelse</i>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Zoneterapi	Massage	Akupunktur	Kranio Sakral Terapi		
	Uddannelsessted:					
	Uddannelsen afsluttet:					
<b>4.</b>	<b>MEDLEMSKAB UDEN RAB REGISTRERING</b>					
	<i>Der vedhæftes kopi af: eksamensbevis, dokumentation for uddannelsens varighed (timeantal skal udgøre minimum 660 timer), eksamensbeviser fra anatomi/ fysiologi, sygdomslære samt kopi af førstehjælpsbevis, som ikke må være ældre end 2 år.</i>					
	<i>Afkryds nedenfor indenfor hvilken faggruppe der ønskes optagelse</i>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zoneterapi	Massage	Akupunktur	Kranio Sakral Terapi	EFTMR	ERT
	Uddannelsessted:					
	Uddannelsen afsluttet:					
<b>5.</b>	<b>NYHEDSBREVE</b>					
	Jeg ønsker at modtage nyhedsbreve fra ZCT					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	JA TAK	NEJ TAK				

Dato: \_\_\_\_\_ : Underskrift \_\_\_\_\_

