

ANSØGNINGSSKEMA TIL OPTAGELSE SOM ELEV MEDLEM HOS ZONECONNECTION TERAPEUTFORENING

Medlemsnummer: Tildeles ved indmeldelse

Navn: _____

Adresse: _____

Telefonnummer/ E-mail: _____

Uddannelse:

- Zoneterapeut
- Massør
- Akupunktør
- Kranio Sakral-Terapeut
- EFTMR
- ERT

Uddannelsessted: _____ Dato for eksamen i primære fag: _____

Hvornår forventes hele uddannelsen afsluttet: Dato _____

Elev medlemskab kan max forlænges med 1½ år efter afslutning af den primære behandlingsform

ønsker at modtage nyhedsbreve, kursustilbud via ZCT Intranet. Kan til enhver tid framelles, ved henvendelse til kontoret.

Dato:

Underskrift:

Sendes til admin@zct.dk

