

ANSØGNINGSSKEMA TIL OPTAGELSE SOM ELEV MEDLEM HOS ZONECONNECTION TERAPEUTFORENING

Medlemsnummer: Tildeles ved indmeldelse

Navn: _____

Adresse: _____ **Post nr. og by** _____

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:

Ja tak: _____ **Nej tak:** _____

Kan til enhver tid frameldes, ved henvendelse til kontoret

Dato:

Underskrift:

Sendes til admin@zct.dk

