

ANSØGNINGSSKEMA TIL OPTAGELSE I ZONECONNECTION TERAPEUTFORENING

1.	PERSONLIGE OPLYSNINGER		
	MEDLEMSNUMMER:		<i>Udfyldes af ZCT</i>
	NAVN:		
	PRIVATADRESSE:	POST NR./BY:	
2.	KLINIK OPLYSNINGER		
	<i>Nedenstående oplysninger vises på behandlerlisten på www.zct.dk</i>		
	KLINIK NAVN:		
	KLINIK ADRESSE:		
	POST NR./BY:	TELEFON:	
	HJEMMESIDE:	MAIL:	
3.	MEDLEMSKAB MED RAB REGISTRERING		
	<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>Jeg ønsker medlemskab og RAB-registrering i en eller flere af følgende faggrupper</i>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zoneterapi	Massage	Akupunktur
			<input type="checkbox"/>
			Kranio Sakral Terapi
	Uddannelsen afsluttet:		
4.	MEDLEMSKAB UDEN RAB REGISTRERING		
	<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>Jeg ønsker aktivt medlemskab uden RAB-registrering i en eller flere af følgende faggrupper</i>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zoneterapi	Massage	Akupunktur
			<input type="checkbox"/>
			Kranio Sakral Terapi
			<input type="checkbox"/>
			EFTMR
			<input type="checkbox"/>
			ERT
	Uddannelsen afsluttet:		
5.	NYHEDSBREVE		
	Jeg ønsker at modtage nyhedsbreve fra ZCT		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	JA TAK	NEJ TAK	

Dato: _____ : Underskrift _____

