

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"/>	<input type="checkbox"/>		
	Zoneterapi	Massage	Akupunktur	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zoneterapi	Massage	Akupunktur	Kranio Sakral Terapi	EFTMR	ERT
	Uddannelsen afsluttet:					
5.	NYHEDSBREVE					
	Jeg ønsker at modtage nyhedsbreve fra ZCT					
	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
	JA TAK					NEJ TAK

Dato: _____ : Underskrift _____

