

ANSØGNINGSSKEMA TIL OPTAGELSE I ZONECONNECTION TERAPEUTFORENING

1.	PERSONLIGE OPLYSNINGER		
	MEDLEMSNUMMER:	UDFYLDES AF ZCT	
	NAVN:		
	PRIVATADRESSE:		
	POST NR./BY		
2.	KLINIKOPLYSNINGER		
	<i>Nedenstående oplysninger vises på behandlerlisten på www.zct.dk</i>		
	KLINIKNAVN:		
	KLINIKADRESSE:		
	POST NR./BY	TELEFON NR.	
	HJEMMESIDE:	MAIL	
3.	MEDLEMSKAB MED RAB REGISTRERING		
	<i>Husk at vedhæfte kopi af: eksamensbevis, dokumentation for uddannelsens varighed /timeantal skal udgøre minimum 660 timer) eksamensbeviser fra fysiologi, anatomi, sygdomslære, samt et førstehjælpsbevis, som ikke må være ældre end 2 år</i>		
	JEG ØNSKER MEDLEMSKAB OG RAB REGISTRERING I EN ELLER FLERE AF FØLGENDE FAGGRUPPER:		
	Zoneterapi	Massage	Akupunktur
			Kranio Sakral Terapi
	UDDANNELSEN ER AFSLUTTET:		
4.	MEDLEMSKAB UDEN RAB REGISTRERING		
	<i>Husk at vedhæfte kopi af: eksamensbevis, dokumentation for uddannelsens varighed /timeantal skal udgøre minimum 660 timer) eksamensbeviser fra fysiologi, anatomi, sygdomslære, samt et førstehjælpsbevis, som ikke må være ældre end 2 år</i>		
	Zoneterapi	Massage	Akupunktur
			Kranio Sakral Terapi
	UDDANNELSEN ER AFSLUTTET:		
5.	NYHEDSBREVE:		
	Jeg ønsker at modtage nyhedsbrev fra ZCT		
	JA TAK		NEJ TAK

Dato: _____ Underskrift: _____