

Eintrittsformular SVBM

Postzustelladresse bitte ankreuzen

Privat	Name:		Strasse:	
	Vorname:		PLZ:	
	Geb. Datum:		Ort / Kanton:	
	Tel. Privat:		Mail Privat:	
Praxis	Praxisname:		Strasse:	
	Tel. Geschäft:		PLZ:	
	Website:		Ort / Kanton:	
			Mail Geschäft:	

Diese Spalte bitte leer lassen!

Mitgliedsnummer:
Eintritt:
Foto:

Kategorie:

<input type="checkbox"/>	Med. Masseur:in EFA	EMR	
<input type="checkbox"/>	Therapeutische:r Masseur:in	ASCA	
<input type="checkbox"/>	Dipl. Masseur:in (Berufsmasseur:in)	ZSR-NR	
<input type="checkbox"/>	Lomilomi Practitioner/Therapeut:in	T-Shirt Grösse:	XS S M L XL
<input type="checkbox"/>	Komplementärtherapeut:in EFA/BZ		
<input type="checkbox"/>	Student:in	Abschlussjahr:	

Bitte beachten Sie die Aufnahmekriterien für Studenten!

Arbeit und Ausbildung:

Ausbildung:	Schule:	Beginn:	Abschluss:
Med. Mass EFA			
Therap. Massage			
Kl. Massage			
FRZ			
BGM			
MLD			
Sportmassage			
Elektrotherapie			
Lomilomi			
Komplementär			

<input type="checkbox"/>	Selbständig	
<input type="checkbox"/>	Angestellt	Arbeitgeber : _____

Wie wurden Sie auf unseren Verband aufmerksam?

<input type="checkbox"/>	Internet	
<input type="checkbox"/>	Schule	
<input type="checkbox"/>	Weiterbildung	
<input type="checkbox"/>	Mitglied	Name des Mitglieds: _____
<input type="checkbox"/>	Andere	_____

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an info@svbm.ch

Beilagen: Diplome, Foto

Unvollständige Eintrittsformulare werden nicht bearbeitet!