

An das  
DVMT e.V. Sekretariat  
Collenbuschstr. 16

01324 Dresden

-> E-Mail: [mitgliederbuero@dvmt.org](mailto:mitgliederbuero@dvmt.org)

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Deutschen Verband für Manuelle Therapie (Maitland® Konzept) e.V. Ich beantrage die: (gewünschte Variante bitte ankreuzen)

**Basismitgliedschaft:** Der jährliche Beitrag beträgt 50,- €. Die Basismitgliedschaft beinhaltet die Möglichkeit zur kostenlosen Teilnahme an Regionalgruppen des DVMT e.V., Vergünstigungen bei Teilnahme an vom DVMT e.V. organisierten Kursen und den Eintrag ins Therapeutenverzeichnis.

**Erweiterte Mitgliedschaft:** Der jährliche Beitrag beträgt 130,- €. Zusätzlich zu den Vorzügen aus der Basismitgliedschaft beinhaltet die erweiterte Mitgliedschaft den Zugang zur Online Bibliothek des DVMT e. V. mit Volltexten aus internationalen Fachzeitingen. Infos hierzu auf der DVMT e.V. Homepage: <http://www.dvmt.org>

**Kündigung:** Eine Kündigung ist, mit einer Frist von 3 Monaten, zum Jahresende möglich. Bei Erteilung einer Einzugsermächtigung wird der Betrag im März eines jeden Jahres eingezogen, bei Überweisung ist er jeweils im Januar fällig.

**Die Kopien der IMTA - Kursbescheinigungen und der staatlichen Anerkennung als Krankengymnast(in) / Physiotherapeut(in) liegen diesem Antrag bei.**

**Aufnahmedatum:** [..] mit Eingang des Antrags beim DVMT e.V.  späteres Datum: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ Anerk. PT/KG seit: \_\_\_\_\_

**Anschrift:**

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Ausbildung in Manueller Therapie Maitland® Konzept:** (bitte Nachweise in Kopie beifügen)

Level 1: \_\_\_\_\_

Level 2a: \_\_\_\_\_

Zertifikat MT: \_\_\_\_\_

Level 2b: \_\_\_\_\_

Level 3: \_\_\_\_\_

Vergleichbare Ausbildung: \_\_\_\_\_

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_



An das  
DVMT e.V. Sekretariat  
Collenbuschstr. 16

01324 Dresden

-> E-Mail: [mitgliederbuero@dvmt.org](mailto:mitgliederbuero@dvmt.org)

## Meldebogen für das Therapeutenverzeichnis

– Zur Veröffentlichung auf Papier und im Internet –

Grund der Meldung:  Neumeldung  
 Änderungsmeldung Grund der Änderung

Arbeitsstelle:  Praxis  Klinik  Rehaeinrichtung

Name des Therapeuten: \_\_\_\_\_

Name der Praxis / Klinik: \_\_\_\_\_

Anschrift der Arbeitsstelle: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Homepage: \_\_\_\_\_

(Die Aufnahme in das Therapeutenverzeichnis ist erst ab dem Level 2a oder dem Zertifikat MT möglich)

Qualifikation:

Level 2a

OMT Weiterbildung

Level 2b

MACP Ausbildung in England

Level 3

Ausbildung in Australien

Zertifikat MT (DVMT e.V.)

andere vergleichbare Ausbildung

(Bitte die entsprechenden Kursbescheinigungen in Kopie beilegen)

Privatanschrift des Therapeuten / der Therapeutin: Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer im DVMT e.V.: \_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und habe Kopien der entsprechenden Bescheinigungen beigefügt. Etwaige Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen. Mit der Aufnahme der oben gemachten Daten in das Therapeutenverzeichnis und der Veröffentlichung ((nur der Daten im Kasten bin ich einverstanden.

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_