



An das
DVMT-Mitgliederbüro
Collenbuschstraße 16

01324 Dresden

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 homepage <http://www.dvmt.org>

Eine Kündigung ist, mit einer Frist von 3 Monaten, zum Jahresende möglich. Bei Erteilung einer Einzugsermächtigung wird der Betrag im Januar 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: _____ Averk. PT/KG seit: _____

Anschrift:

Strasse / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ E-mail _____

Ausbildung in Manueller Therapie Maitland® Konzept (bitte alle Kursbescheinigungen in Kopie beifügen)

Level 1: _____

Level 2a: _____

Zertifikat MT: _____

Level 2b: _____

Level 3: _____

Vergleichbare Ausbildung: _____

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Bankverbindung DVMT e.V.

www.dvmt.org

Deutsche Bank Köln BLZ 370 700 24 Konto 39 14 777 00

mitgliedschaft@dvmt.org

Fon: 0 81 41 / 4 26 89

IBAN DE62370700240391477700 BIC/SWIFT-Code DEUTDEDBKOE

Fax: 0 81 41 / 4 17 53

SEPA Gläubiger ID: DE19ZZZ00000976126



An das
DVMT-Mitgliederbüro
Ruth und Thomas Schöttker-Königer
Feuerhausstraße 3

82256 Fürstenfeldbruck

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich bis auf Widerruf den Deutschen Verband für Manuelle Therapie (Maitland® Konzept) e. V. (DVMT) meinen jeweils fälligen Mitgliedsbeitrag von unten genanntem Konto abzubuchen.

Neumeldung: [] **Änderungsmeldung:** [] **(Bitte ankreuzen)**

Diese Ermächtigung gilt erstmalig für den Jahresbeitrag.....

Mein Jahresbeitrag beträgt: [] **50,- € (Basismitgliedschaft)** [] **130,- € (erweiterte Mitgliedschaft)**

Bankverbindung:

IBAN : _____

BIC: _____

Name des Kreditinstitutes: _____

Bankort: _____

Name und Anschrift des Mitglieds: Name: _____

Anschrift: _____

Name und Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend): Name: _____

Anschrift: _____

Den jährlichen Mitgliedsbeitrag von z.Zt. € 50.- bzw. 130,-€
 bitte ich von oben genanntem Konto abzubuchen.
 Eine Kündigung ist, mit 3-monatiger Frist, zum Jahresende möglich

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Mitglieds: _____

(Ggf. Unterschrift des Kontoinhabers): _____



An das
DVMT-Mitgliederbüro
Ruth und Thomas Schöttker-Königer
Feuerhausstraße 3

82256 Fürstenfeldbruck

Meldebogen für das Therapeutenverzeichnis

- Zur Veröffentlichung auf Papier und im Internet -

Grund der Meldung: Neumeldung
 Änderungsmeldung Grund der Änderung: _____

Arbeitsstelle:	<input type="checkbox"/> Praxis	<input type="checkbox"/> Klinik	<input type="checkbox"/> Rehaeinrichtung
Name des Therapeuten: _____			
Name der Praxis / Klinik: _____			
Anschrift: _____			
PLZ: _____		Ort: _____	
Fon: _____		Fax: _____	
e-mail: _____		Web: <u>www.</u> _____	

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

Qualifikation:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Level 2a | <input type="checkbox"/> Zertifikat MT (DVMT) |
| <input type="checkbox"/> Level 2b | <input type="checkbox"/> Level 3 |
| <input type="checkbox"/> MACP-Ausbildung in England | <input type="checkbox"/> Ausbildung in Australien |
| <input type="checkbox"/> Andere vergleichbare Ausbildung | <input type="checkbox"/> OMT Ausbildung |

(Bitte die entsprechenden Kursbescheinigungen in Kopie beilegen)

Privatanschrift des/der Therapeuten(in): Name: _____

Anschrift: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Fon: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Mitgliedsnummer im DVMT: _____

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und habe Kopien der entsprechenden Bescheinigungen beigelegt. 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: _____