

An den DVMT e.V. Sekretariat  
Deutscher Verband für Manuelle Therapie (Maitland® Konzept)  
Antje Erhardt  
Collenbuschstr. 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 e.V. Homepage: <http://www.dvmt.org>

**Serienmail:** Ja, ich möchte kostenlos über Neuigkeiten des DVMT informiert werden

**Kündigung:** Eine Kündigung ist gemäß § 5 unserer Satzung, 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.

Bitte beachten Sie unsere „Hinweise zur Datenverarbeitung. Dieses Merkblatt enthält sämtliche Informationen gemäß Art. 13 DS-GVO, insbesondere über die Datenweitergabe und die Speicherdauer. Es ist in der Anlage beigefügt und kann unter <https://www.dvmt.org/2-uncategorised/88-datenverarbeitungsinformation.html> eingesehen werden.

**Die Kopien der IMTA - Kursbescheinigungen und der staatlichen Anerkennung als Kranken-gymnast(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

## **SEPA-Lastschriftmandat**

**Gläubiger ID: DE19ZZZ00000976126**

**Mandatsreferenz/Mitgliedsnummer:** \_\_\_\_\_  
**(wird vom DVMT e.V. vergeben)**

Neumeldung

Änderungsmeldung

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. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von DVMT e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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 Mitgliedes:** Name: \_\_\_\_\_

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

**Name und Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend):** Name: \_\_\_\_\_

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

Eine Kündigung ist mit 3-monatiger Frist zum Jahresende möglich.

Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich zum 1. Februar eingezogen.

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

An das  
DVMT e.V. Sekretariat  
Collenbuschstr. 16

01324 Dresden

## 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:
<input type="checkbox"/> Level 2a <input type="checkbox"/> OMT Weiterbildung
<input type="checkbox"/> Level 2b <input type="checkbox"/> MACP Ausbildung in England
<input type="checkbox"/> Level 3 <input type="checkbox"/> Ausbildung in Australien
<input type="checkbox"/> Zertifikat MT (DVMT e.V.) <input type="checkbox"/> andere vergleichbare Ausbildung
(Bitte die entsprechenden Kursbescheinigungen in Kopie beilegen)

Der DVMT e.V. betreibt unter [www.dvmt.org](http://www.dvmt.org) eine öffentlich zugängliche Datenbank. Dieses Therapeutenverzeichnis beinhaltet die Kontaktdaten und die fachlichen Qualifikationen des Therapeuten. Die Daten werden auf der Internetpräsenz des DVMT e.V. durch ein Suchformular veröffentlicht. Dies soll es

DVMT e.V. - Deutscher Verband für Manuelle Therapie (Maitland® Konzept) e.V.  
Vereinsregister: Amtsgericht Fürstfeldbruck  
Registernummer: 501

Vorsitzender: Eike Hirschmann  
Email: [e.hirschmann@dvmt.org](mailto:e.hirschmann@dvmt.org)  
Sekretariat: Antje Erhardt  
Collenbuschstr. 16  
01324 Dresden  
Tel: (0351) 208 68 12  
E-Mail : [dvmt@sekretariat@gmail.com](mailto:dvmt@sekretariat@gmail.com)

Internet: [www.dvmt.org](http://www.dvmt.org)

Bankverbindung DVMT e.V.:  
Deutsche Bank 24 Köln · IBAN: DE62 3707 0024 0391 4777 00 · BIC: DEUTDEDBKOE  
Steuer-Nr.: 117/107/80139

Mitglied  
OMT Deutschland  
IFOMPT (International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists)

Kooperationspartner der  
IMTA (International Maitland® Teachers Association)  
HAWK Fachhochschule Hildesheim, Holzminden, Göttingen



Interessenten ermöglichen, einen für ihr medizinisches Anliegen qualifizierten Therapeuten zu finden.  
Dem Interessenten werden im Falle einer Suchanfrage die vom Therapeuten hier angegebenen Daten angezeigt,  
so dass er Kontakt aufnehmen kann.

Ich willige ein, dass zu diesem Zweck die hier angegebenen Daten vom DVMT e.V. in einer elektronischen  
Datenbank gespeichert und öffentlich zugänglich gemacht werden.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit formlos ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Aus  
Beweisgründen wird zu einem Widerruf in Textform (z. B. Brief, E-Mail) geraten. Die Daten werden dann  
unverzüglich aus der Datenbank gelöscht.

Bitte beachten Sie unsere „Hinweise zur Datenverarbeitung“. Dieses Merkblatt enthält sämtliche Informationen  
gemäß Art. 13 DS-GVO, insbesondere über die Datenweitergabe und die Speicherdauer. Es ist in der Anlage  
beigefügt und kann unter <https://www.dvmt.org/2-uncategorised/88-datenverarbeitungsinformation.html>  
eingesehen werden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

DVMT e.V. - Deutscher Verband für Manuelle Therapie (Maitland® Konzept) e.V.  
Vereinsregister: Amtsgericht Fürstfeldbruck  
Registernummer: 501

Vorsitzender: Eike Hirschmann  
Email: [e.hirschmann@dvmt.org](mailto:e.hirschmann@dvmt.org)  
Sekretariat: Antje Erhardt  
Collenbuschstr. 16  
01324 Dresden  
Tel: (0351) 208 68 12  
E-Mail : [dvmt@sekretariat@gmail.com](mailto:dvmt@sekretariat@gmail.com)

Internet: [www.dvmt.org](http://www.dvmt.org)

Bankverbindung DVMT e.V.:  
Deutsche Bank 24 Köln · IBAN: DE62 3707 0024 0391 4777 00 · BIC: DEUTDEDBKOE  
Steuer-Nr.: 117/107/80139