

An die
Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Manuelle Therapie e.V.
 z. Hd. 2. Vorstand
 Postfach 1228
 83646 Bad Tölz

mail: katja.sander@dgomt.de
Fax: 02605//952734



<input type="radio"/> Aufnahmeantrag	<input type="radio"/> Änderungsmitteilung
zutreffendes ankreuzen	
Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Manuelle Therapie e.V. (DGOMT), Kaltenborn-Evjenth Konzept (<i>zutreffendes ankreuzen und Belege in Kopie beifügen</i>):	
<input type="radio"/> Als Ordentliches Mitglied	Kopie des OMT II Examens und staatliche Anerkennung als Physiotherapeut liegt dem Antrag bei
<input type="radio"/> Als Außerordentliches Mitglied	Kopie der begonnenen MT Ausbildung und staatliche Anerkennung als Physiotherapeut oder Arzt liegen dem Antrag bei
<input type="radio"/> Als Förderndes Mitglied	Keine weiteren Nachweise erforderlich
Zum: 01.01.20_____ 01.07.20_____ <i>Bitte ankreuzen und das Jahr ergänzen</i>	
Name / Vorname / Geburtsdatum	_____
Straße	_____
Postleitzahl und Wohnort	_____
Telefon / Telefax	_____
Email	_____

Arbeitsstelle	_____
Straße	_____
Postleitzahl und Ort	_____
Telefon / Telefax	_____
Email	_____
Qualifikation:	<input type="radio"/> Zertifikat <input type="radio"/> OMT I <input type="radio"/> OMT II (Beleg beifügen)
Ich bin mit der Veröffentlichung der o.a. Daten (nur der Angaben in diesem Kasten) im Therapeutenverzeichnis der DGOMT7DFAMT:	
<input type="radio"/> Einverstanden	<input type="radio"/> Nicht einverstanden (Zutreffendes ankreuzen)

SEPA-Lastschriftmandat	
Hiermit ermächtige ich bis auf Widerruf die Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Manuelle Therapie e.V. (DGOMT, Postfach 1228 in 83646 Bad Tölz) – Gläubiger-Identifikationsnummer DE14ZZZ00001200771, meinen jeweils fälligen Mitgliedsbeitrag von unten genanntem Konto abzubuchen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGOMT e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. <i>Hinweis: ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die hierbei mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt</i>	
Der jährlich wiederkehrende Beitrag beträgt zur Zeit:	55,00 € Für ordentliche Mitglieder 50,00 € Für außerordentliche Mitglieder 100,00 € Beitrag Lehrteam (nur für Mitglieder des Lehrteams)
Kontonummer:	_____
Bankleitzahl	_____
Name des Bankinstitutes:	_____
IBAN	_____ / _____ / _____ / _____ / _____
Name und Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend)	

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

Die Änderung von Daten werde ich umgehend mitteilen.