



Anmeldeformular – Ordentliche Mitgliedschaft SAMT

Liebes zukünftiges SAMT-Mitglied

Herzlichen Dank für Ihr Interesse an einer Mitgliedschaft bei der SAMT. Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und senden Sie es uns zu, damit wir Sie in der internen SAMT-Datenbank korrekt aufnehmen können.

Details zur Person

Bitte geben Sie hier Ihre Privatadresse an und melden Sie uns allfällige Adressänderungen zu einem späteren Zeitpunkt.

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ / Ort:

Kanton:

Telefonnummer:

E-Mail:

Sprachkenntnisse:

Ich möchte die Zeitschrift «Manuelle Medizin»* (4 Ausgaben pro Jahr, inkl. elektronischem Zugang) abonnieren:

Ja Nein

Hinweis: Mitgliederbeitrag mit Zeitschrift: 210.- CHF, ohne Zeitschrift 125.- CHF

Die Zeitschrift ist nur in deutscher Sprache verfügbar.

Haben Sie den CAS Manuelle Therapie (Basic oder Advanced) an der BFH abgeschlossen?

Ja Nein

Für unsere CAS-Absolventinnen und -Absolventen («Basic» oder «Advanced») ist die SAMT-Mitgliedschaft im ersten Jahr kostenlos. Wer nach diesem Jahr keine weitere Mitgliedschaft wünscht, muss dies vor Ablauf des beitragsfreien Vereinsjahrs schriftlich dem SAMT-Sekretariat mitteilen. Andernfalls verlängert sich die Mitgliedschaft automatisch und ist kostenpflichtig. Die Zeitschrift «Manuelle Medizin», die 4x jährlich erscheint, kann im «Gratisjahr» für CHF 85.- pro Jahr abonniert werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____



Details für das Therapeutenverzeichnis auf der SAMT-Webseite

Das Therapeutenverzeichnis ermöglicht es Ärzt:innen und Patient:innen, den passenden SAMT-Therapeuten zu finden.

Hier sind wir froh um Ihre Praxisadresse / Ihre Adresse des Arbeitsortes, da diese Angaben auf der SAMT-Webseite publiziert werden. Nach Prüfung Ihrer Angaben können wir entscheiden, ob eine Aufnahme in das Verzeichnis möglich ist.

Dazu benötigen wir Informationen zu Ihrer Aus- und Weiterbildung im Bereich der manuellen Therapie sowie die entsprechenden Diplome.

Praxisname / Arbeitsort:

Adresse Geschäft:

PLZ / Ort:

Kanton:

Telefonnummer:

Fax:

E-Mail:

Webadresse:

Meine Ausbildung

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Abschlüsse an:

- Mobilisation ohne Impuls / MOI
- Mobilisation mit Impuls / MMI
- CAS Manuelle Therapie Basic
- CAS Manuelle Therapie Advanced
- GAMT
- OMT
- Maitland, welches Level: _____
- Andere Aus- oder Weiterbildungen im Bereich der manuellen Therapie:

Master/MAS of:

MSc: _____

MAS: _____