



REGISTER DER TRADITIONELLEN OSTEOPATHEN  
IN DEUTSCHLAND GMBH

Liebes Mitglied,

um auf unserer Therapeutenliste im Internet aufgenommen zuwerden, bitte dieses Formular ausfüllen und an unsere Postanschrift schicken oder faxen an 089 – 17 95 80 56.

Damit wir die Daten korrekt übernehmen können, bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen!

**Praxisname:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Nachname:** \_\_\_\_\_

**Straße u. Nr.:** \_\_\_\_\_

**PLZ u. Ort:** \_\_\_\_\_

**Tel.:** \_\_\_\_\_

**Fax.:** \_\_\_\_\_

**Internetadr.:** \_\_\_\_\_

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

**Berufe:** \_\_\_\_\_

z.B. Physiotherapeut/HP/Arzt/Osteopath/Osteopath in Ausbildung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis mit folgenden Daten meine Person betreffend im Internet präsentiert zu werden.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift