



Aufnahmeantrag zur Mitgliedschaft im ROD

Name: Vorname:

Geburtsort und Geburtsdatum:

Nationalität: Beruf:

Privatadresse:

PLZ: Ort: Straße:

Tel:/..... Fax:

Tel.: Beruf E-Mail:

Name und Anschrift der Ausbildungsstätte (Osteopathieausbildung)

.....

Bitte dem Antrag folgende Nachweise in Kopie beifügen:

1. Berufsurkunde
2. Abschluss der Osteopathie Ausbildung
3. Für Schüler : Zeugnis der bestandenen Zwischenprüfung
4. Passbild
5. Einzugsermächtigung / SEPA Lastschriftmandat
6. Anmeldung ROD Internet-Therapeutenliste (falls gewünscht)

Ort:

Datum: Unterschrift:



Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des
Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Register der traditionellen Osteopathen
in Deutschland GmbH
Notburgstr. 2
80639 München
DE59ZZZ00000969780

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich das ROD, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos bei

Bankinstitut: genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes

.....

Konto-Nr.: Bankleitzahl:

durch Lastschrift einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Hiermit ermächtige ich das ROD, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom **Register der traditionellen Osteopathen in Deutschland GmbH** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kreditinstitut:

BIC: IBAN:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, dass bei meiner Ausbildungsstätte Informationen eingeholt werden dürfen.

Die Information über die Fortbildungspflicht habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort:

Datum: Unterschrift:

ROD

REGISTER DER TRADITIONELLEN
OSTEOPATHEN IN DEUTSCHLAND GMBH

GESCHÄFTSFÜHRERIN GABY PREDIGER

POSTADRESSE

NOTBURGASTRASSE 2 · 80639 MÜNCHEN
FON 089/17958054 · FAX 089/17958056

WWW.R-O-D.INFO · INFO@R-O-D.INFO

BANK

Bank: meine Volksbank Raiffeisenbank eG
IBAN: DE06 7116 0000 0009 24 66 65
BIC: GENODEF1VRR

STEUERNR. 156/136/20890 · HRB 10636

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.

Praxisname: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße u. Nr.: _____

PLZ u. Ort: _____

Tel.: _____

Fax.: _____

Web-Adresse: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

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

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

Ort und Datum

Unterschrift