



Liebes Mitglied,

um auf unserer Therapeutenliste im Internet aufgenommen zu werden, 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

**BANK**