



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