

# Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Manuelle Therapie e.V.



Zutreffendes bitte ankreuzen/ ergänzen und per E-Mail zusenden!

[uta.pfaeffle@dgomt.de](mailto:uta.pfaeffle@dgomt.de)

<input type="radio"/> <b>Aufnahmeantrag</b>	<input type="radio"/> <b>Änderungsmitteilung</b>
Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Manuelle Therapie (DGOMT) e.V., Kaltenborn-Evjenth® Konzept:	
<input type="radio"/> <b>als ordentliches Mitglied</b>	Kopien OMT Examens und staatl. Anerkennung als Physiotherapeut liegen dem Antrag bei
<input type="radio"/> <b>als außerordentliches Mitglied</b>	Kopien MT Ausbildung/ Abschluss und staatl. Anerkennung als Physiotherapeut liegen dem Antrag bei
<input type="radio"/> <b>als förderndes Mitglied</b>	keine Nachweise erforderlich
<b>zum:</b>	01.01.20_____ 01.07.20_____
<b>Privatanschrift</b>	
Name, Vorname / Geb.datum	
Straße	
Postleitzahl und Wohnort	
Telefon / E-Mail	
<b>Anschrift Arbeitsstelle</b>	
Straße	
Postleitzahl und Wohnort	
Telefon / E-Mail	
<b>Qualifikation:</b>	<input type="radio"/> MT Zertifikat <input type="radio"/> OMT (Beleg beifügen)

### Einwilligung zur Datenverarbeitung

**Ja**, ich bin damit einverstanden, das die DGOMT e.V. (a) meine angegebenen privaten Daten verarbeitet, speichert und nutzt, um mich über Vereinsinternas, Mitgliederversammlungen sowie Neuigkeiten zu informieren und (b) meinen Namen und die angegebene Anschrift der Arbeitsstelle mit Telefonnummer und E-Mail speichert und nutzt, um diese auf Ihrer Homepage im Therapeutenverzeichnis zu veröffentlichen. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Meine Daten werden dann bei der DGOMT e.V. gelöscht.

**SEPA-Lastschriftmandat:** Hiermit ermächtige ich bis auf Widerruf die DGOMT e.V. (Gläubiger-Identifikationsnummer DE14ZZZ00001200771), meinen jeweils fälligen Mitgliedsbeitrag von unten genanntem Konto abzubuchen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGOMT e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die hierbei mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Der jährlich wiederkehrende Mitgliedbeitrag beträgt für ordentliche Mitglieder: 55,- €  
für außerordentliche Mitglieder: 50,- €

Name Kontoinhaber / IBAN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Name Bankinstitut / BIC: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Ort / Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_