

Passbild

Aufnahmeantrag

Persönliche Daten

Name Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ/Ort

Telefon Mobilfon Fax

E-Mail

Praxis

Straße PLZ/Ort

Telefon Fax

Erlaubniserteilung (bitte Zeugniskopie beilegen)

Datum Gesundheitsamt Eigene Praxis seit

Ausbildungsweg (bitte Zeugniskopie beilegen)

FDH-Fachschule
 Andere Schule

Assistentenstelle(n) Seminare

Mitgliedschaft in einem Berufsverband

Ja
 Nein

Ort/Datum

Unterschrift/Praxisstempel

Wird vom Arbeitskreis ausgefüllt

- Aufnahmekriterien erfüllt
 Weiterleitung an Mitgliederkommission

Antrag angenommen
Antrag abgelehnt