Vereinigung akademischer OsteopathInnen Schweiz

# Aufnahmegesuch*

## Angaben zur Person

Name:
Vorname:
Strasse:
Telefon:
PLZ/Ort:
Nationalität:
Geburtsdatum:
E-Mail:

## Praxisanschrift

Praxisname:
Strasse:
PLZ/Ort:
E-Mail:
Website:
Telefon:

Bevorzugte Korrespondenzadresse: PRAXIS/PRIVAT

## Ausbildung

| Beginn | Ende | Bildungseinrichtung | Abschluss | Vollzeit/Teilzeit |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Der/Die AntragstellerIn ist in der Schweiz oder im Fürstentum Lichtenstein beruflich als OsteopathIn tätig und im Besitz einer Berufshaftpflichtversicherung von mindestens CHF 5 Mio. Der/Die AntragstellerIn erkennt die Statuten der VaOS an.

Mit der Unterschrift bestätigt der/die AntragstellerIn, keinen Eintrag im Strafregister zu haben und die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Datum / Unterschrift:

---

* Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an folgende Adresse: Vereinigung akademischer OsteopathInnen Schweiz, Postfach, 8000 Zürich.