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

☐ Ich möchte **nicht**, dass meine Praxisadresse auf der Website im Therapeutenverzeichnis aufgeführt wird.

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: VaOS | Thunstrasse 13 | 3005 Bern