



An das  
DVMT-Mitgliederbüro  
Collenbuschstraße 16

**01324 Dresden**

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Deutschen Verband für Manuelle Therapie (Maitland® Konzept) e.V. Ich beantrage die:(gewünschte Variante bitte ankreuzen)

**Basismitgliedschaft:** Der jährliche Beitrag beträgt 50,- €. Die Basismitgliedschaft beinhaltet die Möglichkeit zur kostenlosen Teilnahme an Regionalgruppen des DVMT e. V., Vergünstigungen bei Teilnahme an vom DVMT e. V. organisierten Kursen und den Eintrag ins Therapeutenverzeichnis.

**Erweiterte Mitgliedschaft:** Der jährliche Beitrag beträgt 130,- €. Zusätzlich zu den Vorzügen aus der Basismitgliedschaft beinhaltet die erweiterte Mitgliedschaft den Zugang zur Online Bibliothek des DVMT e. V. mit Volltexten aus internationalen Fachzeitingen.  
Infos hierzu auf der DVMT homepage <http://www.dvmt.org>

Eine Kündigung ist, mit einer Frist von 3 Monaten, zum Jahresende möglich. Bei Erteilung einer Einzugsermächtigung wird der Betrag im Januar eines jeden Jahres eingezogen, bei Überweisung ist er jeweils im Januar fällig.

**Die Kopien der IMTA - Kursbescheinigungen und der staatlichen Anerkennung als Krankengymnast(in) / Physiotherapeut(in) liegen diesem Antrag bei.**

**Aufnahmedatum:**  mit Eingang des Antrags beim DVMT e.V.  späteres Datum \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ Anerk. PT/KG seit: \_\_\_\_\_

**Anschrift:**

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Ausbildung in Manueller Therapie Maitland® Konzept** (bitte alle Kursbescheinigungen in Kopie beifügen)

Level 1: \_\_\_\_\_

Level 2a: \_\_\_\_\_

Zertifikat MT: \_\_\_\_\_

Level 2b: \_\_\_\_\_

Level 3: \_\_\_\_\_

Vergleichbare Ausbildung: \_\_\_\_\_

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Bankverbindung DVMT e.V.

www.dvmt.org

Deutsche Bank Köln BLZ 370 700 24 Konto 39 14 777 00

mitgliedschaft@dvmt.org

Fon: 0 81 41 / 4 26 89

IBAN DE62370700240391477700 BIC/SWIFT-Code DEUTDEDBKOE

Fax: 0 81 41 / 4 17 53

SEPA Gläubiger ID: DE19ZZZ00000976126



An das  
**DVMT-Mitgliederbüro**  
**Ruth und Thomas Schöttker-Königer**  
**Feuerhausstraße 3**

**82256 Fürstenfeldbruck**

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich bis auf Widerruf den Deutschen Verband für Manuelle Therapie (Maitland® Konzept) e. V. (DVMT) meinen jeweils fälligen Mitgliedsbeitrag von unten genanntem Konto abzubuchen.

**Neumeldung:** [ ]    **Änderungsmeldung:** [ ]    **(Bitte ankreuzen)**

Diese Ermächtigung gilt erstmalig für den Jahresbeitrag.....

Mein Jahresbeitrag beträgt: [ ] **50,- € (Basismitgliedschaft)** [ ] **130,- € (erweiterte Mitgliedschaft)**

**Bankverbindung:**

IBAN : \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Name des Kreditinstitutes: \_\_\_\_\_

Bankort: \_\_\_\_\_

**Name und Anschrift des Mitglieds:**      Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Name und Anschrift des Kontoinhabers** (falls abweichend): Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Den jährlichen Mitgliedsbeitrag von z.Zt. € 50.- bzw. 130,-€  
 bitte ich von oben genanntem Konto abzubuchen.  
 Eine Kündigung ist, mit 3-monatiger Frist, zum Jahresende möglich

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Mitglieds: \_\_\_\_\_

(Ggf. Unterschrift des Kontoinhabers): \_\_\_\_\_



An das  
**DVMT-Mitgliederbüro**  
**Ruth und Thomas Schöttker-Königer**  
**Feuerhausstraße 3**

**82256 Fürstenfeldbruck**

## Meldebogen für das Therapeutenverzeichnis

- Zur Veröffentlichung auf Papier und im Internet -

**Grund der Meldung:**     Neumeldung  
                                   Änderungsmeldung    Grund der Änderung: \_\_\_\_\_

**Arbeitsstelle:**             Praxis             Klinik             Rehaeinrichtung

Name des Therapeuten: \_\_\_\_\_

Name der Praxis / Klinik: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_            Ort: \_\_\_\_\_

Fon: \_\_\_\_\_            Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_            Web: www.\_\_\_\_\_

(Die Aufnahme in das Therapeutenverzeichnis ist erst ab dem Level 2a oder dem Zertifikat MT möglich)

**Qualifikation:**

<input type="checkbox"/> Level 2a	<input type="checkbox"/> Zertifikat MT (DVMT)
<input type="checkbox"/> Level 2b	<input type="checkbox"/> Level 3
<input type="checkbox"/> MACP-Ausbildung in England	<input type="checkbox"/> Ausbildung in Australien
<input type="checkbox"/> Andere vergleichbare Ausbildung	<input type="checkbox"/> OMT Ausbildung

**(Bitte die entsprechenden Kursbescheinigungen in Kopie beilegen)**

**Privatanschrift des/der Therapeuten(in):** Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_            Ort: \_\_\_\_\_

Fon: \_\_\_\_\_            Fax: \_\_\_\_\_            e-mail: \_\_\_\_\_

**Mitgliedsnummer im DVMT:** \_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und habe Kopien der entsprechenden Bescheinigungen beigelegt. Etwaige Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen. Mit der Aufnahme der oben gemachten Daten in das Therapeutenverzeichnis und der Veröffentlichung **(nur der Daten im Kasten)** bin ich einverstanden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_