



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

**82256 Fürstenfeldbruck**

## 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 „Cinahl with full text“, Spine und anderen internationalen Fachzeitschriften (Infos hierzu auf der DVMT homepage <http://www.dvmt.com/dvmt/erweiterte-mitgliedschaft.html>).

Eine Kündigung ist, mit einer Frist von 3 Monaten, zum Jahresende möglich. Bei Erteilung einer Einzugsermächtigung wird der Betrag im März 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: \_\_\_\_\_ Averk. 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:** Deutsche Bank 24 Köln, Konto -Nr.: 3914777, BLZ: 370 700 24



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:

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

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): \_\_\_\_\_

**Bankverbindung:** Deutsche Bank 24 Köln, Konto -Nr.: 3914777, BLZ: 370 700 24



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: \_\_\_\_\_

<b>Arbeitsstelle:</b>	<input type="checkbox"/> Praxis	<input type="checkbox"/> Klinik	<input type="checkbox"/> Rehaeinrichtung
Name des Therapeuten: _____			
Name der Praxis / Klinik: _____			
Anschrift: _____			
PLZ: _____		Ort: _____	
Fon: _____		Fax: _____	
e-mail: _____		Web: <u>www.</u> _____	

(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: \_\_\_\_\_

**Bankverbindung:** Deutsche Bank 24 Köln, Konto -Nr.: 3914777, BLZ: 370 700 24