

## Aufnahmegesuch Heileurythmie Berufsverband Schweiz

### **Angaben zur Person**

Anrede:

Titel:

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Nationalität:

Geschlecht:

♀  ♂

### **Privatadresse**

Adresszusatz:

Strasse:

Nr.:

Kanton:

Landcode:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

Handy:

E-Mail:

Website:

### **Praxisadresse 1**

Praxisname:

Adresszusatz:

Strasse:

Nr.:

Kanton:

Landcode:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

Handy:

E-Mail:

Website:

**Praxisadresse 2**

Praxisname:

Adresszusatz:

Strasse:

Nr.:

Kanton:

Landcode:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

Handy:

E-Mail:

Website:

***Eurythmie-Ausbildungsstätte, an der das Eurythmie-Diplom erworben wurde***

Name:

Strasse:

Nr.:

Landcode:

PLZ:

Ort:

Datum der Diplomierung:

***Heileurythmie-Ausbildungsstätte, an der das Heileurythmie-Diplom erworben wurde***

Name:

Strasse:

Nr.:

Landcode:

PLZ:

Ort:

Datum der Diplomierung:

**Grosses Praktikum**

Name der Institution:

Strasse:

Nr.:

Landcode:

PLZ:

Ort:

Praktikumsdauer

von:

bis:

### **Weitere abgeschlossene Ausbildungen**

.....

.....

.....

.....

.....

### **Mitgliederstatus / Jahresbeitrag**

#### **Ordentliches Mitglied**

- Aktivmitglied CHF 320.00
- Rentner CHF 160.00

#### **Ausserordentliches Mitglied**

- Passivmitglied CHF 80.00
- In Heileurythmie-Ausbildung
  - Heileurythmist im Ausland
  - sonstiges

### **Antrag**

Ich kenne die Statuten und die Fortbildungs- und Ethik-Richtlinien des HEBV-CH. Ich verpflichte mich, diese anzuerkennen und einzuhalten.

Ich stelle den Antrag, im Heileurythmie Berufsverband Schweiz aufgenommen zu werden.

Ort / Datum:

Unterschrift:

#### **Bitte mit den nachfolgenden Beilagen einreichen**

- Kopie des Eurythmiediploms
- Zeugnis des grossen Praktikums
- Kopie des Heileurythmiediploms
- 1 farbiges Passfoto

**Bitte beantworten Sie auch die Fragen auf der nächsten Seite.**

## Administrative Angaben zur Mitgliedschaft beim HEBV-CH

Welche Adressen sollen auf der HEBV-Therapeutenliste veröffentlicht werden?

- Privatadresse       Praxis 1       Praxis 2

### Versandart

Wie sollen Sendungen, bei denen wir Informationen wahlweise per Post oder per E-Mail versenden, in Ihrem Fall zugestellt werden?

- per E-Mail       per Post

### Korrespondenzsprache

- Deutsch       Französisch

### Ich arbeite in

- Freie Praxis     Schule     Klinik     Heilpädagogik     Sozialtherapie     Hausbesuche

### Ich biete Heileurythmie an für:

- Kinder/Jugendliche     Erwachsene     Senioren  
 Augen     Zähne     Onkologie     Psychiatrie

Ich bin registriert bei:     EMR       ASCA       EGK       Visana

### Kollektiv - Berufshaftpflicht - Versicherung

Wünschen Sie eine Berufshaftpflicht-Versicherung bei der Mobiliar zu den Vorzugskonditionen von Fr. 94.50 des HEBV-CH?

- Ja     Nein

### Antrag AnthroMed® HEILEURYTHMIE

Möchten Sie die Berechtigung zur Führung des AnthroMed® HEILEURYTHMIE Labels für CHF 20.00 pro Jahr erwerben?

- Ja     Nein

Ort / Datum:

Unterschrift:

**Wir sind Ihnen dankbar, wenn sie uns allfällige Änderungen unverzüglich mitteilen.**