

Antrag auf Mitgliedschaft bei *Therapeutic Touch Deutschland*

Name: _____ Vorname: _____

eMail: _____

www: _____

Strasse: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Bei wem TT gelernt:

Wann den ersten Kurs gemacht:

Weitere Therapeutic Touch Kurse:

___ Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine Daten auf der URL: www.ttde.eu im Internet veröffentlicht werden dürfen.

___ Ich möchte meine Daten nicht veröffentlicht haben. Sie sind dann nur für den internen Gebrauch von Therapeutic Touch Deutschland bestimmt.

Für die Mitgliedschaft im Netzwerk wird z.Zt. eine freiwillige Spende von 20,-€ pro Kalenderjahr erhoben zur Deckung der entstehenden Kosten durch die Internetpräsenz und die Mitgliedschaft bei TTIA. Nähere Hinweise bei Anmeldung. Außerdem erkenne ich mit meiner Unterschrift die Ethikregeln (wie ausgehändigt oder auf der Internetseite nachgelesen) an.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Achtung: Die Mitgliedschaft ist nur möglich, wenn einem Lastschriftverfahren zugestimmt wird. Sie beginnt **nach** Spendeneingang und endet mit der Kündigung des Mitglieds. Evtl. zu viel gezahlte Beträge werden zurück überwiesen.

Es besteht die Möglichkeit, bis zu 4 weitere Arbeitsmethoden zu listen:

Akupressur	Massage	
Akupunktur	Meditation	
Akupunktmassage nach Penzel	Musiktherapie	
Alexandertechnik	NLP – Neurolinguistic Programming	
Allgemeinmedizin	Osteopathie	
Altenpflege	Phytotherapie – Kräuterheilkunde	
Aromatherapie	Polarity	
Aura Soma	Quantumheilung /Quantum Touch	
Bachblüten	Reflexzonentherapie am Fuß	
Psychotherapie / Psychologie	Reiki	
Craniosacral	Rolfing	
Ernährung	Sehtraining	
Farbtherapie	Shiatsu	
Feldenkrais	Stressmanagement - Entspannungstechniken	
Feng Shui	Supervision	
Gesundheit von Mutter und Kind	Tai Chi	
Healing Touch	Tanztherapie	
Hebamme	TCM – Traditionelle Chinesische Medizin	
Heileurythmie	Tierarzt/-heilkunde	
Heilpraktiker/in	Tierkommunikation	
Heilsteine	Touch for Health	
Homöopathie	Traeger	
Hospizhelfer/in - Sterbebegleitung	Yoga	
Hypnose		
Jin Shin Jyutsu		
Kinderheilkunde		
Kinesiologie		
Krankenpflege		
Lernförderung /-therapie		

Bitte senden an: *Bernd Nommensen, Hauptstrasse 14, 27419 Wohnste*
oder: bn@bernd-nommensen.de