

Therapeutic Touch Deutschland e.V.

Aufnahmeantrag zur Mitgliedschaft im Therapeutic Touch Deutschland e.V.

Bitte diesen Antrag gut leserlich und vollständig ausfüllen

Frau / Herr	Titel	Name	Vorname	
PLZ	Wohnort	Straße		Hausnummer
Land	Telefon		Mobil	
Mail			Homepage * freiwillige Angabe	
Geburtsdag	Beruf * freiwillige Angabe			
Therapeutic Touch Grundkurs (TT1) Datum / Ort:			Bei Therapeutic Touch Lehrer/in:	
Weitere Therapeutic Touch Kurse (Aufbau, Fortgeschrittenen, Intensiv, etc.) Datum / Ort: * freiwillige Angaben			Bei Therapeutic Touch Lehrer/in:	
Weitere Heilmethoden, die ich anbiete (z.B.: Feldenkrais, Massagen, Meditationen, Prana Heilung, Quantenheilung, Reiki, etc.):				

Ich beantrage hiermit die Aufnahme **zur Mitgliedschaft im eingetragenen Verein Therapeutic Touch Deutschland e.V.** Der Mitgliedsbeitrag beträgt **24,00 €** pro Jahr. Nach Bestätigung der Aufnahme in den Verein Therapeutic Touch Deutschland e.V. wird der Mitgliedsbeitrag fällig. Beitragszahlungen sind bitte per **Dauerauftrag** zum 01. des Eintrittsmonats einzurichten auf das folgende Konto der **VR-Bank Main-Kinzig-Büdingen eG**

Kontoinhaber Therapeutic Touch Deutschland e.V.	Verwendungszweck Mitgliedsbeitrag
IBAN DE46 5066 1639 0004 1670 40	BIC GENODEF1LSR

Ich verpflichte mich der Einhaltung der Ethikregeln des amerikanischen Verbandes Therapeutic Touch International Association (TTIA) und die **Originalmethode Krieger-Kunz Therapeutic Touch (KKTT)** anzuwenden.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten für **interne** Zwecke des eingetragenen Vereins Therapeutic Touch Deutschland e.V. gespeichert werden.

(Kästchen lassen sich zum digitalen Ankreuzen mit Doppelklick aktivieren)

☐ **Ja**, ich wünsche die Veröffentlichung meiner Daten auf der Homepage des eingetragenen Vereins Therapeutic Touch Deutschland e.V. zum Zweck der Kontaktaufnahme zur Inanspruchnahme meiner angebotenen Heilmethoden.

☐ **Nein**, ich wünsche keine Veröffentlichung meiner Daten auf der Homepage des eingetragenen Vereins Therapeutic Touch Deutschland e.V.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum	Unterschrift:
------------	---------------

Bei digitaler Bearbeitung ist das Formular ohne Unterschrift gültig und kann per Email zurückgesandt werden an: mayer.melitta@gmx.de.

Per Post bitte senden an die Schatzmeisterin: Therapeutic Touch Deutschland e.V. - c/o Melitta Mayer – Oberstraße 12c – 56291 Kisselbach.

Bei Rückfragen bin ich mobil zu erreichen unter: 0171 266 8910 oder Festnetz: 06766 988 9889