



Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich _____

Vor- und Familienname

die Mitgliedschaft im Verband der Upledger TherapeutInnen Österreichs (UCÖ).

Die Aufnahmegebühr beträgt € 26,-. Den Jahresbeitrag in der Höhe von € 105,- (fällig am 1. April des jeweiligen Kalenderjahres) bezahle ich mittels:

- Einzugsermächtigung mittels SEPA Lastschrift-Mandat
- Erlagschein
- Tele- / Onlinebanking

Preisänderungen sind vorbehalten!

Als Upledger TherapeutIn wende ich Therapien, die am Upledger Institut / Barral Institut Österreich gelehrt werden, in der Arbeit mit Menschen und / oder Tieren an.

Ich lege im Umgang mit meinen KlientInnen, KollegInnen besonderen Wert auf Achtsamkeit, Wertschätzung und Urteilsfreiheit. Diese Grundhaltung macht einen Teil meiner Arbeit als CS / VM TherapeutIn aus. Als Mitglied des UCÖ bin ich darüber hinaus an der Verwirklichung der Ziele des UCÖ interessiert.

Mit meiner Unterschrift nehme ich Statuten, Richtlinien und Leitbild des UCÖ zur Kenntnis.

Ort, Datum & Unterschrift _____

SEPA Lastschrift-Mandat

Zahlungsempfänger:

Verband der Upledger CranioSacral TherapeutInnen Österreich
1220 Wien, Grossmannstraße 1 / Haus 3
Creditor-ID: AT54ZZZ00000040092

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Verband der Upledger TherapeutInnen Österreichs (UCÖ) widerruflich, die von mir zu entrichtende Beitragszahlung bei Fälligkeit zu Lasten meines/ unseres Kontos mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Verband der Upledger TherapeutInnen Österreichs auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich nehme/ Wir nehmen zur Kenntnis, dass Bankspesen zu meinen/ unseren Lasten gehen, wenn ich/ wir eine Änderung meiner/ unserer Kontodaten dem UCÖ nicht zeitgerecht bekanntgebe/n.

Name _____

Anschrift _____

IBAN _____ BIC _____

Ort, Datum & Unterschrift _____

Diese Einzugsermächtigung mittels SEPA-Lastschrift erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft beim UCÖ.

bitte wenden!



Datenblatt

Familienname _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Beruf _____ Titel _____

Zustelladresse !! wird **nicht** weitergegeben (außer wenn ident mit Praxisadresse)!!

Straße _____ Telefon 1 _____
PLZ / Ort _____ Telefon 2 _____
E-Mail _____ Fax _____

Ich möchte in der TherapeutInnenListe aufscheinen: ja nein
Ich arbeite vorwiegend mit: Erwachsenen Kindern Babys Tieren

Angaben zum Eintrag in die TherapeutInnenListe:

Praxisadresse 1

Straße _____ Telefon 1 _____
PLZ / Ort _____ Telefon 2 _____
E-Mail _____ Fax _____
Webadresse _____ Anmerkung _____

(nur falls erforderlich – z.B. „eingemietet bei ...“ / „Praxis von ...“)

Praxisadresse 2

Straße _____ Telefon 1 _____
PLZ / Ort _____ Telefon 2 _____
E-Mail _____ Fax _____
Webadresse _____ Anmerkung _____

(nur falls erforderlich – z.B. „eingemietet bei ...“ / „Praxis von ...“)

Ich habe folgende Kurse bei einem Upledger- oder Barral Institut besucht:

CranioSacral Therapie :

- Modul I** CST 1 CST 2 CST 3 Dialog 1
- Modul II** CST 4 Dialog 2 Struktur und Energie 1

- Modul III** CST 5 Dialog 3 Struktur und Energie 2
- Examen CST** Examen CST-A Examen CST-B Zertifikation CST

Zusatzqualifikation CST :

- Kinderwunsch Pädiatrie 1 Pädiatrie 2 Pädiatrie 3 Pädiatrie VM
- Kiefergelenkskurs Mob. Nervensystem 1 Mob. Nervensystem 2 Mob. Nervensystem 3 Mob. Nervensystem 4

Osteopathische Techniken :

- Sutherland Techniken Myofascial Release Gernerale Osteo. Tech. Strain u. Counterstrain Muscle Energy Techn.
- Spinale Mobilisation Mobilisation d. Extrem. Listening Techniques 1 Listening Techniques 2 Osteopathie Examen

Viszerale Manipulation :

- Modul I** VM 1 VM 2 VM 3 VM 4
- Modul II** VM 5 VM 6

- Examen VM** Examen VM-A Examen VM-B VM-Zertifikation

Zusatzqualifikation VM :

- Man. Mob. Gelenke 1 Man. Mob. Gelenke 2 Man. Mob. Gelenke 3

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten auf einem Datenträger verwaltet werden und die praxisrelevanten Daten auf Anfrage an KlientInnen und KollegInnen weitergegeben werden.

Ort, Datum & Unterschrift _____