



Antrag zur Juniormitgliedschaft

| | | | |
|-------------------------------------|-------|---|-------|
| Name: | _____ | Arbeitsplatz: | _____ |
| Vorname: | _____ | Adresse (G): | _____ |
| Adresse (P): | _____ | PLZ, Ort (G): | _____ |
| PLZ, Ort (P): | _____ | Telefonnr. (G): | _____ |
| Telefonnr.(P): | _____ | E-Mail (G): | _____ |
| E-Mail (P): | _____ | Beschäftigungsausmass: | _____ |
| Praktikumsbeginn: | _____ | Praktikumsende: | _____ |
| Name der Physio- therapieschule: | _____ | Praktikumsverant- wortlicher Arbeitsplatz: | _____ |
| Schuljahr: | _____ | | |

Mit Ihrer Unterschrift erlauben Sie uns, Ihre Daten zu Verbandszwecken zu verwalten.

Formular bitte **vollständig** ausfüllen.

Datum: _____

Unterschrift Arbeitgeber: _____

Datum: _____

Unterschrift Praktikant: _____