

## Antrag auf Mitgliedschaft bei **Cranio Austria**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Land: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon/mobil: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Website: www. \_\_\_\_\_

Ausbildung absolviert bei: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei **Cranio Austria** - Dachverband für Craniosacrale Körperarbeit.
- Die einmalige **Aufnahmegebühr** beträgt
  - € 30,00 für Absolventen von Schulen, die Mitglied bei **Cranio Austria** sind
  - € 30,00 für Mitglieder von Verbänden und Absolventengruppen, die Mitglied bei **Cranio Austria** sind
  - € 180,00 für Absolventen, die Mitglied bei **Cranio Suisse** oder dem **Dt. Cranioverband** sind
  - € 300,00 für Absolventen von Schulen, die nicht Mitglied bei **Cranio Austria** oder einem inernat. Verband sind
- Den **Jahresbetrag** in der Höhe von € 110,00 (Preisänderungen sind vorbehalten) bezahle ich mittels
  - Einzugsermächtigung mittels SEPA Lastschrift-Mandat
  - Überweisung auf das Verbandskonto
- Ich lege im Umgang mit meinen PatientInnen, KlientInnen, KollegInnen großen Wert auf Achtsamkeit, Wertschätzung und Urteilsfreiheit. Diese Grundhaltung macht einen Teil meiner Arbeit in dieser Methode aus.
- Sollten sich mein Name, Adresse oder die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft ändern, informiere ich **Cranio Austria** umgehend.
- Als Mitglied von **Cranio Austria** erkläre ich mich mit den Zielen des Dachverbandes einverstanden.
- Mit meiner Unterschrift nehme ich die Statuten und Richtlinien von **Cranio Austria** zur Kenntnis.

Ort, Datum & Unterschrift: \_\_\_\_\_

Folgende **Ausbildungsnachweise** lege ich bei:

- Abschlusszeugnis des Ausbildungsinstitutes/der Ausbildungsschule
- Nachweis des medizinischen Grundberufes (Berufsberechtigungsnachweis bzw. Gewerbeschein) oder des Basismedizinischen Wissens im Ausmaß von mind. 150 h / 200 UE lt. Statuten von **Cranio Austria**
- Für AbsolventInnen von Ausbildungsinstituten/Schulen, die nicht anerkannte Mitglieder von **Cranio Austria** sind: Nachweis der CranioSacralen Fachausbildung im Ausmaß von mind. 630 h/840 UE lt. Statuten von **Cranio Austria**.  
( 1 UE = 45 min)

**bitte wenden!**

**Angaben zur Praxis:**

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Name der Praxis/Praxisgemeinschaft: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon/mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Website: www. \_\_\_\_\_

**Anmerkungen/Schwerpunkte:**

Ich arbeite mit \_\_\_\_\_ Erwachsenen / Kindern / Babys

CranioSacrale Körperarbeit seit: \_\_\_\_\_

Praxisschwerpunkte:

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten auf einem Datenträger verwaltet werden und die praxisrelevanten Daten auf Anfrage an KlientInnen und KollegInnen weitergegeben werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Daten auf der Online-PDF-Therapeutenliste aufscheinen und diese auf Anfrage an KlientInnen und KollegInnen versendet werden darf.
- Ich habe die Datenschutzerklärung von **Cranio Austria** gelesen und bin damit einverstanden.

Ort, Datum & Unterschrift \_\_\_\_\_