

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
 - € 280,00 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
 - 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.
- Sollte sich der Beruf aus dem heraus der Cranio angeboten wird ändern, teile ich dies unverzüglich **Cranio Austria** mit.

Ort, Datum & Unterschrift: _____

Folgende **Ausbildungsnachweise** lege ich bei:

- Abschlusszeugnis des Ausbildungsinstitutes / der Ausbildungsschule
- 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
- Nachweis des medizinischen Grundberufes (Berufsberechtigungsbescheinigung bzw. Gewerbebescheinigung) oder des Basismedizinischen Wissens im Ausmaß von mind. 150 h / 200 UE lt. Statuten von **Cranio Austria** (Auch bei Basismedizin im Rahmen der craniosacralen Fachausbildung bitte den separaten Nachweis über die Basismedizinische Ausbildung.)
- Für Energetiker: Gewerbebescheinigung

Angaben zur Praxis:

Vorname: _____ Nachname: _____ Titel: _____

Beruf innerhalb dessen die Cranio angeboten wird: _____

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 _____