**Koordinaten**

Anrede:       Titel:      

Name:       Vorname:

Organisation:

Kategorie:       Funktion:

Strasse/Nr.:

PLZ:       Ortschaft:

E-Mail:

Mitgliedschaft: Einzel  Institution

**Kriterien für die Aufnahme von neuen Mitgliedern:**

Alternativ- bzw. Komplementärmedizin

Drei Aufnahmekriterien, davon muss ***mindestens eines*** erfüllt sein:

1. Staatliche Anerkennung/Praxisbewilligung (bitte Kopie beilegen)

2. falls vorhanden: persönliche ZSR-Nummer:      

3. Mitglied in Berufsverband (derzeit NVS, SVANAH, SVNH, HVS,

TCM-Fachverband \*) bzw. Eintrag im Erfahrungsmedizinischen

Register (EMR) oder ASCA-Mitglied

(bitte Mitgliedschaftsbestätigung beilegen)

\* Andere Mitgliedschaft, welche:

Bitte Mitgliedschaftsbestätigung beilegen

(über die Anerkennung von anderen Mitgliedschaften entscheidet die

Ressortleitung ‘Alternativmedizin.)

**Aufnahme-Entscheid**

Mitgliedschaft geprüft durch den Vorstand am:

Mitgliedschaft Ja  Einzel  Institution

Nein

Begründung der Ablehnung:

Juni 2019