



Bitte ankreuzen:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mitglied USA           | <input type="checkbox"/> Student (in Osteopathie-Ausbildung)                      |
| <input type="checkbox"/> Mitglied international | <input type="checkbox"/> Partner (Nicht-Osteopath, Unterstützer von DO-Touch.NET) |

Anrede, Titel:

Vorname:

Nachname:

Osteotitel:

E-Mail-Adresse:

### Praxis Information

Praxisname:

Adresse:

Stadt:

Bundesland:

Postleitzahl:

Land:

Telefon-Nummer:

Mobil-Nummer (optional):

Internetseite:

Name des Ausbildungsinstituts, bei dem Sie die Osteopathieausbildung absolviert haben:

Jahr der Klinischen Prüfung,  
Bachelor/ Master:

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Osteopathischer Arzt (DO, ausgebildet in USA)
- Osteopath (ausgebildet außerhalb der USA)
- Arzt (ausgebildet in USA oder Canada)
- Arzt (ausgebildet außerhalb der USA)
- DO®
- HP
- B.Sc.
- M.Sc.
- Diploma
- Bachelor
- Master
- Dokortitel (oben nicht aufgeführt)
- Andere:

Wenn Sie diesen Antrag elektronisch ausfüllen möchten, nutzen Sie den unten stehenden QR Code.



### VOD-Mitglied:

- ja     nein

Unterschrift \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

- Ich bin mit der Veröffentlichung meines Namens und Praxisanschrift auf der DO-Touch.NET-Seite einverstanden.
- Ich bin mit der Veröffentlichung meines Namens und Praxisdaten nur im internen Mitgliederbereich der DO-Touch.NET-Seite einverstanden
- Ich bin nicht mit der Veröffentlichung meines Namens und Praxisdaten auf der DO-Touch.NET-Seite einverstanden.