



## Bewerbung um Aufnahme in die IMTT

Name: .....

Vorname: .....

Adresse: .....

Plz. / Ort: .....

Tel. Privat / Natel: .....

E-mail: .....

Praxisname: .....

Geschäftsadresse: .....

Plz. / Ort: .....

Tel. Geschäft: .....

Dipl. Physiotherapeut/Physiotherapeutin

Dipl. Ergotherapeut/Ergotherapeutin

Arzt / Ärztin

Anderer Beruf (Bewerbung als ausserordentliches Mitglied)

(Kurs Modul 1 oder Kombi 1) absolviert:

Datum/Ort: .....

Kursleiter: .....

PS: Die Adressen der IMTT-Mitglieder werden (ohne Ihren Gegenbericht) in unserer Homepage [www.imtt.ch](http://www.imtt.ch) registriert.

Bitte NICHT im Internet erfassen!

.....  
wird vom Vorstand ausgefüllt:

---

Durch den Vorstand genehmigt am: .....

Die Präsidentin: ..... Vorstandsmitglied: .....

Durch den Vorstand abgelehnt am: .....

Begründung: .....

Bitte senden an:

IMTT Sekretariat, Baumschulstrasse 13, 8542 Wiesendangen –

Tel.: 052 242 60 74 – e-mail: [imtt@imtt.ch](mailto:imtt@imtt.ch) - Homepage: [www.imtt.ch](http://www.imtt.ch)