

# Beitrittserklärung

Österreichischer Verein für Manuelle Physiotherapie

Herr / Frau  
Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Anschrift** Praxisname \_\_\_\_\_

Straße / Nummer \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

**Angestellt** Arbeitgeber \_\_\_\_\_

**Telefon** +43 \_\_\_\_\_

**e-Mail** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Homepage** \_\_\_\_\_

## Abschluss der Ausbildung Physiotherapie

Datum / Ort \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Kurse nach dem Maitland®-Konzept oder Maitland®-Konzept 2.0

### Level

1

2a

2b

3

### Modul

1

2

3

4

**OMT / OMPT** Datum / Ort \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Studium** Art / Ort \_\_\_\_\_

(bitte Teilnahmebestätigungen beilegen)

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift

Bitte nicht Zutreffendes streichen. Sollten Sie als Physiotherapeut selbständig tätig sein, werden Ihre Daten auf [oevmpt.at](http://oevmpt.at) in die Therapeutensuche implementiert. Wünschen Sie die Auflistung zusätzlicher Informationen, bitte dies bei Übermittlung dieses Formulars an [office@oevmpt.at](mailto:office@oevmpt.at) mitzuteilen.