

## Antrag auf Mitgliedschaft

Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausgefüllt und unterschrieben (per Mail) zurücksenden

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>		<b>Titel</b>	
<b>Straße</b>		<b>PLZ</b>		<b>Ort</b>	
<b>Tel. Mobil</b>		<b>Tel.</b>		<b>E-Mail</b>	
<b>Arbeitsplatz</b>					
<b>Straße</b>		<b>PLZ</b>		<b>Ort</b>	
<b>Webseite</b>		<b>E-Mail</b>		<b>Telefon</b>	

Datenänderung durch Umzug oder Veränderung der Mailadresse/n: Für die Mitteilung einer Veränderung meiner Daten bin ich selbst verantwortlich. Die DFOMPT speichert die o.g. Daten für interne Zwecke. Die Kommunikation erfolgt ausschließlich über diese Daten. Sollte das Mitglied darüber nicht mehr erreichbar sein, kann es zur Nichteinhaltung von Fristen bei Kursanmeldungen/-abmeldungen und Mitgliedschaftskündigungen kommen. Der dadurch entstandenen Fristablauf kann zur Verlängerung der Mitgliedschaft oder einer Erhöhung der Stornierungsgebühren bei DFOMPT-Kursen führen. Die Datenveränderung muss schriftlich an die Geschäftsstelle oder per E-Mail erfolgen. Eine Bestätigung über die Veränderung der Daten erfolgt schriftlich durch das Büro der Geschäftsstelle. Sollte dies nicht erfolgen, ist das Mitglied verpflichtet, sich innerhalb von 14 Tagen über den Eingang der E-Mail oder der Post, bei der Geschäftsstelle zu erkundigen, um diese Änderung ggf. erneut mitzuteilen.

**Ich stelle den Antrag auf folgende Mitgliedschaft:** Bitte ankreuzen

**X**

<b>Fördermitglied</b>  <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ich absolviere meine OMPT-Weiterbildung bei der DFOMPT. Als Fördermitglied erhalte ich Unterstützung bei der Erstellung der schriftlichen OMPT-Abschlussarbeit.</li> <li>Ich bin Physiotherapeut*in und überlege eine OMPT-Weiterbildung zu beginnen. Ich füge mein Physiotherapie-Zertifikat bei. (Nur für PT's, die bisher keine Weiterbildung bei DFOMPT e.V. begonnen haben.)</li> <li>An Fortbildungsmaßnahmen/Kongressen der DFOMPT nehme ich zu den Bedingungen für Vollmitglieder teil.</li> <li>Nach Abschluss der OMPT-Ausbildung geht die Förder- in eine Vollmitgliedschaft über, sofern die Mitgliedschaft ungekündigt bleibt.</li> <li>Ich bin mit der Veröffentlichung der o.a. <i>Daten</i> im Therapeutenverzeichnis der DFOMPT/OMT-Deutschland auf deren Websites - <u>nach Abschluss meiner erfolgreich bestandenen OMPT-Prüfung</u> - einverstanden.</li> </ul>
<b>Vollmitglied</b>  <input type="checkbox"/>	<p>Ich habe meine OMPT-Ausbildung bei folgender Fachgruppe absolviert: (Bitte ankreuzen!)</p> <p><input type="checkbox"/> DFOMPT e.V.</p> <p><input type="checkbox"/> Bei einer anderen OMPT-Fachgruppe, Namen der Fachgruppe: .....</p> <p>➔ Falls nicht DFOMPT e.V.: Eine Kopie des OMPT-Zertifikates liegt der Anmeldung bei!</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin mit der Veröffentlichung der o.a. <i>Daten</i> im Therapeutenverzeichnis der DFOMPT/OMT-Deutschland auf der Webseite (nach erfolgreichem Abschluss meiner OMPT-Weiterbildung) einverstanden.</p>



**Deutsche Fachgruppe für Orthopädisch Manuelle/Manipulative  
Physiotherapie/DFOMPT e.V.**

Büro der Geschäftsstelle  
z. Hd. Frau Sabine Klingenspor  
Hittfelder Schulstraße 10  
21218 Seevetal  
[office@dfomt.de](mailto:office@dfomt.de)

**Außerordentliches  
Mitglied**



Ich stehe der Arbeit der DFOMPT nahe und möchte sie durch meinen Beitrag und ehrenamtliches Engagement unterstützen.

Konform mit den IFOMPT-Richtlinien muss jeder OMPT-Therapeut mit Eintritt in die DFOMPT alle 3 Jahre einen Fortbildungsnachweis erbringen“ (s. Life-Long-Learning unter [www.dfomt.de](http://www.dfomt.de))

**Austritt und Kündigungsfristen und Datenschutz:**

Der Austritt aus der DFOMPT ist jeweils zum 31.12. eines Jahres mit einer dreimonatigen Kündigungsfrist schriftlich möglich. Das Geschäftsjahr ist gleich dem Kalenderjahr.<sup>[1]</sup>  
Ich bin mit der Veröffentlichung der o.a. *Daten* im Therapeutenverzeichnis der DFOMPT/OMT-Deutschland unter [www.dfomt.de](http://www.dfomt.de).

☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden.

**MSK-Zeitschrift**

Das Abonnement startet mit Mitgliedschaftsbeginn. Sollten Sie bereits ein Abonnement besitzen, wird das alte Abo in Verbindung mit der Mitgliedschaft bei DFOMPT e.V. zum günstigen Vereinsbeitrag weitergeführt. Die Mitgliedschaft in DFOMPT e.V. wird dem Thieme Verlag durch das DFOMPT e.V. Office mitgeteilt. Ich erkläre mich damit einverstanden. ☐ einverstanden

**Mitgliedsbeitrag:**

Jedem Mitglied wird zu Jahresbeginn eine Mitgliedsbescheinigung zugesandt.  
Der Mitgliedsbeitrag beträgt für:

- **Vollmitglieder:** € 75,00 (Gesamtbeitrag: **€ 146,50**),
- **Fördermitglieder:** € 45,00 (Gesamtbeitrag: **€116,50**).

Einmal jährlich werden zeitgleich mit dem Beitrag die Gebühren für die MT-Zeitschrift € 71,50 (59,00€ + 12,50€ Versand) in Rechnung gestellt, daraus ergibt sich der Gesamtbetrag.

Die Zeitschrift ist somit als Sammel-Abo 50,00€ billiger als im Einzel-Abo. Die Kosten werden jedem Mitglied kostenneutral weitergeleitet.

Der Mitgliedsbeitrag ist jährlich zu entrichten und wird in den ersten drei Monaten des Kalenderjahres per SEPA-Lastschriftmandat eingezogen. Das Formular finden Sie unter diesem Antrag.

**Bankverbindung:** APO-Bank, Düsseldorf, DFOMPT e.V. IBAN: DE88 3006 0601 0026 7256 79

.....  
Ort, Datum/Unterschrift

# SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

## Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

DFOMPT e.V.

Büro der Geschäftsstelle:  
Hittfelder Schulstr. 10  
21218 Seevetal-Hittfeld

Gläubiger-Identifikationsnummer  
DE20ZZZ00002057367  
Mandatsreferenz  
Mitgliedsnummer (wird vom Verein eingetragen)

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) DFOMPT e.V. Name des Zahlungsempfängers

- ☒ wiederkehrende Zahlungen  
☒ eine einmalige Zahlung

von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von DFOMPT e.V. Name des Zahlungsempfängers auf mein/unser Konto gezogenen Lastschrift/en einzulösen.  
Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift(en)