

Information über Ihre Spezialgebiete / Specialty Information

Bitte führen Sie 6 Spezialgebiete aus der unten angeführten Tabelle an, mit welchen Sie bereits arbeiten.

Please list up 6 Specialities in your practice from the table below.

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <u>Bioresonanz / EAV.</u> | <input type="checkbox"/> <u>Ernährungsberaterin / Nutrition</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Akupunktur</u> | <input type="checkbox"/> <u>Chiropraktik / Osteopathie</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Orthomolekular-Therapie</u> | <input type="checkbox"/> <u>Organextracte / Cellular Therapy</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Chelat-Therapie</u> | <input type="checkbox"/> <u>Baunscheidt / Schröpfen / Aderlaß</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Neuraltherapie</u> | <input type="checkbox"/> <u>Ondamed</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Ozon-Therapie / Oxyvenierung</u> | <input type="checkbox"/> <u>Magnetfeld / Eichotherm</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Hypnose-Therapie</u> | <input type="checkbox"/> <u>Homöopathie / Phytotherapie</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Stoffwechsel-Therapie / Krebs</u>
Metabolic Therapie / Cancer Therapy | <input type="checkbox"/> <u>Spagyrik</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Blut Kristall Analyse</u> | |

Einverständniserklärung / Agreement:

Hiermit bewerbe ich mich um die Mitgliedschaft in der Deutschen Akademie für Chelat-Therapie e.V. und erkläre mich mit den satzungsbedingten Regelungen einverstanden (www.chelat.biz/satzung). Ich habe niemals Abmahnungen erhalten. Es läuft kein Ermittlungsverfahren gegen mich wegen schwerer Delikte.

I hereby apply for membership in the Deutsche Akademie für Chelat-Therapie e.V. and agree to abide by its law and objectives (www.chelat.biz/satzung). I have no charges pending from any medical licensing board and am not under investigation for unethical or incompetent practices by any professional, hospital or state organisation.

Ort / Datum _____
Place / Date

Unterschrift _____
Signature

Der Jahresbeitrag beträgt für ordentliche und außerordentliche Mitglieder pro Jahr 125.--€, zahlbar im ersten Quartal eines jeden Jahres.