



# KT YOGA

Yoga Komplementär Therapie Schweiz

fördert ● informiert ● vernetzt ● pflegt

## Antragsformular für die Mitgliedschaft im Verein «Yoga Komplementär Therapie Schweiz»

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein Yoga Komplementär Therapie Schweiz als (zutreffendes bitte ankreuzen, für Felder mit \* ist die Angabe obligatorisch)

- |                          |                             |               |  |
|--------------------------|-----------------------------|---------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Aktivmitglied               | Jahresbeitrag | CHF 200<br>(plus einmalige Einschreibegebühr CHF 25) |
| <input type="checkbox"/> | Aktivmitglied in Ausbildung | Jahresbeitrag | CHF 100  |
| <input type="checkbox"/> | Kollektivmitglied           | Jahresbeitrag | CHF 750  |
| <input type="checkbox"/> | Fördermitglied              | Jahresbeitrag | CHF 80   |

Aktivmitglieder sind Yogatherapeuten und -therapeutinnen mit Branchenzertifikat oder höherer Fachprüfung nach OdA KT oder in Ausbildung dazu. Sie erscheinen im Mitgliederverzeichnis auf der Webseite [www.ktyoga.ch](http://www.ktyoga.ch). Kollektivmitglieder sind akkreditierte Ausbildungslehrgänge, Institutionen und Firmen. Fördermitglieder sind alle Personen, welche sich für die Pflege des Berufes KT Yogatherapie nach OdA KT einsetzen und diesen Beruf fördern.

Frau  Herr

Name\* \_\_\_\_\_

Vorname\* \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.\* \_\_\_\_\_

PLZ / Ort\* \_\_\_\_\_ Land\* \_\_\_\_\_

Telefon\* \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Name Geschäft/Praxis \_\_\_\_\_

Geschäfts-/Praxisadresse \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_ Homepage \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Korrespondenzadresse  Privat  Geschäft

[info@ktyoga.ch](mailto:info@ktyoga.ch)  
[www.ktyoga.ch](http://www.ktyoga.ch)

Yoga Komplementär  
Therapie Schweiz  
Bergstrasse 18  
CH-6010 Kriens

**Angaben zur Ausbildung: (nur von Aktivmitgliedern auszufüllen)**Branchenzertifikat Yoga Therapie nach OdA KT  ja  neinEidgenössisches Diplom Yoga Therapie nach OdA KT  ja  nein**Wir bitten Sie eine Kopie Ihres Branchenzertifikates / Diplomes beizulegen.**

Ausbildung Komplementär Therapie Methode Yoga:

Schule/Institution \_\_\_\_\_

von/bis \_\_\_\_\_

Krankenkassen-Registrierung EMR  ja  nein andere \_\_\_\_\_Weitere KT Methodenabschlüsse  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich praktiziere als Therapeutin seit \_\_\_\_\_

Ich praktiziere als Therapeutin  hauptberuflich  nebenberuflichIch biete an  Einzeltherapie  therapeutische Gruppen  beidesSpezialgebiet  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Als Aktivmitglied wünsche ich und bin damit einverstanden, dass die oben genannten Daten
- meiner Praxis/meines Geschäftes bzw.
  - meiner privaten Adresse
  - mit Profilbild (bitte digital einschicken)

(Zutreffendes bitte ankreuzen) auf der Vereins-Homepage [www.ktyoga.ch](http://www.ktyoga.ch) in der „TherapeutInnen-Liste“ erscheinen. (Bitte beachte, dass Deine Daten damit für Dritte einsehbar und nutzbar sind).

- Ich bin damit nicht einverstanden

---

Ort, Datum, Unterschrift