**Antrag um Anerkennung als**

**Methode der KomplementärTherapie OdA KT**

**Gesuchsteller/-in:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Name des Methoden- oder Berufsverbandes** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Methode** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Strasse** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**PLZ / Ort** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Telefon** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**E-Mail** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Website** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Methodenverantwortliche Kontaktperson mit E-Mail /Telefon:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

***Besteht die Trägerschaft aus mehreren Berufs- oder Methodenverbänden, bitte für alle Verbände die Kontaktdaten angeben.***

**Weitere Angaben:**

Mitgliedschaft OdA KT [ ]  Ja [ ]  Nein

Gründungsjahr des Verbandes Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Anzahl praktizierende Mitglieder Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Datum, Ort** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Unterschrift**

Alle Dateien und Dokumente (Antrag, Erklärung zur Haftung, METID) senden Sie bitte in gut lesbarer elektronische Form an: info@oda-kt.ch