



## LIITTYMISLOMAKE

Haluan liittyä Luonnonlääketieteen Keskusliitto LKL ry:n jäseneksi

LKL ry:n jäsenyhdistykseni on \_\_\_\_\_

Liityn CAM ry:n jäseneksi \_\_\_\_\_

- liityn varsinaiseksi jäseneksi (ilmoita jäsenyhdistyksesi + liitteenä todistukset)
- liityn opiskelijajäseneksi (liitteenä opiskelutodistus ja arvioitu valmistumisaika)
- liityn kannatusjäseneksi (ei vaadi jäsenyhdistykseen kuulumista)

## HAKIJAN TIEDOT

\_\_\_\_\_

Nimi

\_\_\_\_\_

Katuosoite/laskutusosoite

Postinumero

Toimipaikka

\_\_\_\_\_

Sähköposti

Puhelin

## Julkiseen koulutettujen terapeuttien rekisteriin tulevat tiedot:

\_\_\_\_\_

Vastaanoton nimi / terapeutin sukunimi ja etunimi

\_\_\_\_\_

Katuosoite (vastaanoton osoite)

Postinumero

Toimipaikka

\_\_\_\_\_

Sähköposti

Puhelin

\_\_\_\_\_

www-sivut tai Facebook-sivut

Ilmoita muut mahdolliset vastaanottoipaikkasi tai lisäsähköpostiosoitteesi LKL ry:n toimistolle, kun jäsenyytesi on hyväksytty.



## KOULUTUS JA AMMATTIIN SITOUTUMINEN

Valitse suorittamasi diplomi-tason luontaisala.

LKL ry julkaisee ja käsittelee LKL:n koulutuskriteerit täyttäviä koulutuksia.

- Ayurveda
- Aromaterapia
- Bowen-terapia
- Fytoterapia
- Hermoratahieronta
- Hivenravintoterapia / Vitamiini- ja hivenaineterapia
- Homeopatia
- Horstmann – tekniikat
- Jäsenkorjaus
- Kajava-terapia
- Kiinalainen lääketiede akupunktio
- Kinesiologia / Touch for Health
- Lymfaterapia
- Ravinto- ja luontaisneuvonta
- Refleksologia
- Reiki (diplomitutkinto)
- Rosen-menetelmä
- Saunaterapia
- Shiatsu
- Trager
- Voimavarakouluttaja
- Vyöhyketerapia

**KOULUTTAJA/OPPILAITOS:** \_\_\_\_\_

**VASTAAVA OPETTAJA:** \_\_\_\_\_

## VAKUUTUS

Haluan ottaa LKL ry:n kautta *Potilasvakuutuksen* seuraavasta mahdollisesta vakuutukseen liittymisajankohdasta alkaen.

Kyseessä on ryhmävakuutus, johon voi liittyä mukaan neljä kertaa vuodessa. Ilmoitan tässä sosiaaliturvatunnukseni vakuutusta varten: \_\_\_\_\_

Vakuutus (185,00 €) ja jäsenmaksu laskutetaan erikseen.

Jäsenyyteni tullessa hyväksytyksi yhteystietoni saa julkaista LKL ry:n terapeutitirekisterissä.

\_\_\_\_\_

Paikka

\_\_\_\_\_

Päivämäärä

\_\_\_\_\_

Hakijan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

nimenselvennys



**Lähetä hakemus oman luontaisterapia-alasi yhdistykseen, jotta he voivat vahvistaa voimassa olevan jäsenyytesi.**

**Varmista, että kaikista koulutusvaatimuksista on todistuskopio**

1. terapia-alan koulutusta 18 OP (486 h)
2. luontaisterapia ammattina osio 3 OP (81 h)
3. lääketieteen perusteet 14 OP (378 h) tai terveydenhuollon tutkinto (Valvira)
4. ensiapukoulutus 0,5 OP 8 (16 h)

## **LUONTAISTERAPIA-ALAN JÄSENYHDISTYS TÄYTTÄÄ**

---

Yhdistyksen nimi: \_\_\_\_\_

Vahvistan, että edellä mainittu hakija on yhdistyksemme jäsen.

Puheenjohtajan tai yhteyshenkilön allekirjoitus ja nimenselvennös

\_\_\_\_\_

Yhteyshenkilön yhteystiedot: \_\_\_\_\_

Pyydämme Luontaisterapia-alan jäsenyhdistystä lähettämään tämän liittymislomakkeen LKL ry:n toimistolle osoitteeseen:

**Luonnonlääketieteen Keskusliitto LKL ry**

Riitta Silander  
Käsityöläiskatu 4a 5 Krs  
20100 Turku

**LKL ry TÄYTTÄÄ**

---