

LIITTYMISLOMAKE



**HALUAN LIITTYÄ LUONNONLÄÄKETIETEEN KESKUSLIITTO LKL RY:N (LKL)
JÄSENEKSI TERAPEUTTIYHDISTYKSENI KAUTTA.**

liittyn varsinaiseksi jäseneksi

liittyn opiskelijajäseneksi

liittyn eläkeläisjäseneksi

HAKIJAN TIEDOT

Jäsenrekisteriin tulevat tiedot:

Sukunimi

Etunimi

Katuosoite/laskutusosoite

Postinumero

Toimipaikka

Sähköposti

Puhelin

Nettisivujen terapeuttirekisteriin tulevat tiedot:

Vastaanoton nimi / Terapeutin sukunimi ja etunimi

Katuosoite (vastaanoton osoite)

Postinumero

Toimipaikka

Sähköposti

www-sivut

Puhelin

KOULUTUS JA AMMATTIIN SITOUTUMINEN

Diplomitaso:

LKL ry julkaisee ja käsittelee vain diplomitason (LKL:n koulutuskriteerit täyttäviä) koulutuksia. Valitse suorittamasi diplomi-tason luontaisala.

- Aromaterapia
- 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
- Taideterapia
- Trager-terapia
- Vyöhyketerapia

KUULUN LUONTAISHOITO-ALANI JÄSENYHDISTYKSEEN: _____

KOULUTTAJA/OPPILAITOS (opiskelijoilta opintosuunnitelma liitteeksi):

___ Olen lukenut liitteen informaation vakuutuksesta ja haluan ottaa LKL:n kautta Potilasvakuutuksen seuraavasta mahdollisesta vakuutukseen liittymisajankohdasta alkaen. Kyseessä on siis ryhmävakuutus, johon voi liittyä mukaan neljä kertaa vuodessa. Ilmoitan tässä sosiaaliturvatunnukseni vakuutusta varten: _____.
Vakuutus laskutetaan erikseen (175 €).

Jäsenyyteni tullessa hyväksytyksi yhteystietoni saa julkaista LKL:n terapeuttirekisterissä.

Paikka

Päivämäärä

Hakijan allekirjoitus

Nimenselvennys

Lähetä hakemus oman luontaisterapia-alasi yhdistykseen, jotta he voivat täyttää seuraavan kohdan ja pyydä heitä lähettämään hakemus LKL:n toimistoon: Luonnonlääketieteen keskusliitto LKL ry, Teollisuuskatu 1 D, 42100 Jämsä.

LUONTAISTERAPIA-ALAN JÄSENYHDISTYS TÄYTTÄÄ

Yhdistyksen nimi _____

Vahvista, että edellä mainittu hakija on yhdistyksemme jäsen. Yhdistyksemme on tarkistanut hakijan koulutuksen ja se on koulutusvaatimuksemme mukainen.

Yhteyshenkilön allekirjoitus _____

Nimenselvennys _____

Yhteyshenkilön puhelin nro _____

LKL ry TÄYTTÄÄ

Päiväys

Puheenjohtaja

Nimenselvennös

Hakijan jäsennumero

Muut merkinnät
