

## 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>Auriculotherapie</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 / UVB</u>  | <input type="checkbox"/> <u>Magnetfeld / Eichtotherm</u>           |
| <input type="checkbox"/> <u>Hypnose-Therapie</u>   | <input type="checkbox"/> <u>Homöopathie / Phytotherapie</u>        |
| <input type="checkbox"/> <u>Stoffwechsel-Therapie / Krebs</u><br>Metabolic Therapie / Cancer Therapy | <input type="checkbox"/> <u>Spagyrik</u>                           |
| <input type="checkbox"/> <u>Blut Kristall Analyse</u>  | <input type="checkbox"/> <u>Genet. Tests z.B. Labor Dr. Celeda</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. 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 bylaw and objectives. 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 \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
Place / Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

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