INSCHRIJFFORMULIER VOOR STUDENTEN

中Zhong
NEDERLANDSE VERENIGING
VOOR TRADITIONELE
CHINESE GENEESKUNDE

A.u.b. invullen met zwarte inkt en pasfoto bijvoegen

Voorletter(s)+Achternaam:.....

Roepnaam:.....O man O vrouw

Adres: .....

Postcode/woonplaats: .....

Telefoonnummer: .....

E-mail: .....

Geboortedatum + geboorteplaats: .....

Nationaliteit: .....

❖ **Wenst ingeschreven te zijn als:** (inschrijfgeld bedraagt € 40,-)

☐ Student-lid (contributie € 80,- per kalenderjaar)

☐ Student-lid met beroepsaansprakelijkheidsverzekering (BAV) voor Studenten (contributie € 80,- + premie BAV € 40,- per kalenderjaar)

Het student lidmaatschap heeft een maximale duur van 4 jaar.

❖ **Ik verklaar in het bezit te zijn van:** (bewijs meesturen!)

☐ Basis Vakopleiding + bijbehorend overzicht studieresultaten en studie-uren

☐ VOG, Verklaring Omtrent Gedrag

❖ Bent u reeds lid (geweest) van een beroepsvereniging? ☐ ja ☐ nee

Zo ja, wat is de naam van deze vereniging: .....

Indien u bij een vergelijkbare vereniging was aangesloten, wat was de reden van opzegging?

.....

Wij verzoeken u op de volgende pagina van dit formulier alle gegevens te verstrekken omtrent gevolgde vooropleidingen, vakopleidingen, behaalde diploma's, certificaten e.d. en een kopie hiervan mee te sturen. Graag eveneens naam van de opleidingen en het jaar van diplomering vermelden.

Gevolgde/huidige opleidingen o.v.v. naam, instituut en jaar van diplomering:
(Kopieën diploma's/certificaten meezenden.)

Opleidingen / diploma's TCG: .....
.....
.....
.....
.....

Opleidingen / diploma's
Westerse Geneeskunde: .....
.....
.....
.....
.....

Vooropleidingen: .....
.....
.....
.....
.....

Gevolgde bij- en nascholingen: .....
.....
.....
.....
.....

Als student-lid bent u niet bevoegd tot het zelfstandig behandelen van cliënten. U mag wel "oefenen" onder begeleiding van een bevoegd therapeut. De behandelingen vinden dan plaats onder diens verantwoordelijkheid. Dat wil zeggen dat u uw behandelingen niet zelf kunt (laten) declareren bij zorgverzekeraars. Declaraties vinden plaats op naam van de bevoegde therapeut.

Ondergetekende verklaart de verstrekte gegevens naar waarheid te hebben ingevuld.
(Het verschaffen van niet correcte gegevens heeft negatieve gevolgen voor het lidmaatschap)

Datum: Plaats: Handtekening:

NB: Opslag en registratie van bovenstaande gegevens is gehouden aan de bepalingen zoals omschreven in de wet op de registratie van persoonsgegevens.

Verzenden aan: **Secretariaat ZHONG, Postbus 254, 6700 AG Wageningen of digitaal naar info@zhong,nl**