THERAPEUTISCHES HAUS

Beitrittserklärung / Bewerbung Netzwerk

Antwort

Therapeutisches Haus Martin Keymer
Haferkamp 3
24235 Wendtorf

Tel.: +49 (0)4343 - 4 94 63-10
Fax: +49 (0)4343 - 4 94 63-11
E-Mail: info@therapeutisches-haus.de

Absender / Praxisstempel

Bitte Angaben falls nötig darunter per Hand ergänzen.

E-Mail: ……

Internet: ……..

❑ **Ja,** ich möchte **Teil des I.M.U. Netzwerkes des Therapeutischen Hauses** sein.

- ❑ **Ja,** ich erfülle die **Voraussetzungen der Stufe 1**
  - ❑ Ich habe die Seminare der Ausbildungsebene I des I.M.U. College for Holistic Health Martin Keymer besucht: Schlüsselseminar und Aufbauseminare der Vernetzten Test- und Therapietechnik (Modul S, Module RD, PA, GE) und Die Therapie der Fokaltoxikosen.
  - ❑ Ich habe das Fernstudium absolviert und das Crash-Seminar besucht.
- ❑ **Ja,** ich erfülle die **Voraussetzungen der Stufe 2**
  - ❑ Ich habe die Seminare der Ausbildungsebene II und III des I.M.U. College for Holistic Health Martin Keymer besucht, insbesondere die Seminare: Stoffwechsel, Hormonsystem, Hirngesundheit, Tumor-Diagnose und Tumor-Therapie.
- ❑ **Ja,** ich erfülle die **Voraussetzungen der Stufe 3**
  - ❑ Ich habe den Abschluss des I.M.U. College for Holistic Health Martin Keymer zum „I.M.U. College-Graduation of Holistic Health“ erfolgreich absolviert.
  - ❑ Ich bin Mitglied im I.M.U. Qualitätszirkel.
- ❑ **Ja,** ich möchte mich in die **Dokumentationsmatrix** einschreiben.

❑ **Ja,** ich möchte das **Logo des Therapeutischen Hauses in meiner Praxis führen**.
Bitte senden Sie mir die entsprechenden Unterlagen zu *(noch im Aufbau)*

❑ **Ja,** ich möchte auf der **Website des Therapeutischen Hauses unter der Rubrik „Therapeutisches Haus Netzwerk“** entsprechend gelistet werden.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich ausdrücklich die Zielsetzungen, die Qualitätssicherung und damit die Voraussetzungen zum Verbleib im I.M.U. Netzwerk des Therapeutischen Hauses an. Des Weiteren werde ich mich, entsprechend meiner Möglichkeiten, an den Aktivitäten des Netzwerkes beteiligen.

……

Datum, Ort Unterschrift