

## Domanda d'ammissione membro A

Come **membro AN**

Riconosciuto dagli assicuratori malattia per persone che esercitano NTE, MTC, omeopatia, ayurveda, medicina tibetana e antroposofia

Come **membro AS**

Riconosciuto dagli assicuratori malattia come specialista per singole terapie

Foto passaporto  
**recente**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Titolo (p.e. Dr. phil.): \_\_\_\_\_

Nazionalità: \_\_\_\_\_ Lingua preferita:  tedesco  
 francese  
 italiano

### Indirizzo abitazione:

Via / N.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NPA/Località: \_\_\_\_\_

Cantone: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### Indirizzo ambulatorio:

Nome ambulatorio: \_\_\_\_\_

Via / N.: \_\_\_\_\_

NPA/Località: \_\_\_\_\_

Cantone: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Data d'apertura: \_\_\_\_\_

**Indirizzo consegna**  Indirizzo abitazione  
**della corrispondenza:**  Indirizzo ambulatorio

Casella postale  
NPA/Loc.: \_\_\_\_\_

Altre associazioni di appartenenza: \_\_\_\_\_

Numero di registrazione (p.e. RME, ecc.) \_\_\_\_\_

Cantone dell'ambulatorio con obbligo d'autorizzazione per la sua attività?  sì  no

Cantone dell'ambulatorio con esame cantonale?  sì  no

L'autorizzazione all'esercizio della professione è stata convalidata da un terzo cantone?  sì  no

L'ambulatorio è stato ispezionato dal cantone?  sì  no

L'ambulatorio è stato ispezionato da una terza associazione?  sì  no

Dipendente

Visita a domicilio

Ambulatorio singolo

Secondo ambulatorio

In un poliambulatorio, in affitto

In un poliambulatorio, affittato a un terzo

Nel poliambulatorio è a disposizione per ciascun interessato un locale separato per la terapia

sì  no

Se no, la responsabilità è regolamentata l'iscrizione per iscritto?  sì  no

In un ospedale, in una clinica, in uno studio medico

presso: \_\_\_\_\_ membro NVS:  sì  no

### Come è venuto a conoscenza della nostra associazione ?

Sito

Scuola Quale \_\_\_\_\_

Raccomandazione da \_\_\_\_\_

Fiera/Congresso \_\_\_\_\_

Giornale/Rivista \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

Ho ricevuto e approvo i seguenti documenti:

- Statuto NVS
- Regolamento SPAK
- Regolamento SPAK per la formazione continua
- Regolamento SPAK per la visita degli ambulatori
- Tariffario NVS

**Pago le mie fatture con e-banking:**  sì  no

Sono d'accordo che i miei dati (escluso l'indirizzo di posta elettronica) vengono dati a terzi (autorità, assicuratori malattie, RCC, gruppi di interessati prescelti, sito).

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**Per favore allegare:**

- Fotocopia della ricevuta di pagamento per la tassa controllo pratica
- Foto passaporto recente
- Fotocopia dell'estratto del casellario giudiziale centrale di Berna o fedina penale per stranieri (rilasciato da sei mesi al massimo)
- Curriculum vitae
- Formulario d'iscrizione compilato e firmato
- Attestazione delle ore richieste dei fondamenti di medicina per il metodo richiesto
- Attestazione della formazione per il metodo richiesto con diploma (secondo lista di terapia SPAK)
- Lista delle terapie SPAK compilata
- Attestazione di 250 ore pratica professionale
- Fotocopia della polizza d'assicurazione responsabilità civile d'impresa (copertura Fr. 5 milioni)
- Fotocopia dell'autorizzazione cantonale con ordinanza (se disponibile)
- Fotocopia del formulario dell'ispezione dell'ambulatorio con ordinanza (se disponibile)

**Inviare per favore a: NVS Associazione Svizzera di Naturopatia, Schützenstrasse 42, 9100 Herisau**

**Per una lettura migliore viene utilizzata solo la forma maschile.  
Tuttavia, si possono intendere sia le persone di sesso maschile che femminile.**