



Antragsformular – Eintragung ins Netzwerk

Bitte befüllen Sie die freien Felder und wählen Sie Ihr gewünschtes Paket!

1. Kontaktdaten

Einrichtung/Unternehmen:

Titel:

Name:

Vorname:

Standort (je Standort 1 Formular nur mit ausgefüllten Kontaktdaten mitsenden)

Straße:

PLZ und Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

URL Homepage (Pakete XS bis L):

Wahlarzt/-ärztin

Kassenvertrag

Wahltherapeut/in

Krankenkassen: ÖGK BVAEB SVS KFA

2. SNÖ Eintragungspakete

STANDARD

KOSTENLOS

Beinhaltet: Kontaktdaten, Fachrichtung, Leistungen, Therapieformen

Paket XS

50€ / Jahr

Beinhaltet: Kontaktdaten, Fachrichtung, Leistungen, Therapieformen, Portraitfoto/Logo hinterlegen, Homepage verlinken

Hinweis: Bitte senden Sie uns Ihre Bilddatei in jpg. und URL der Website

Paket S

100€ / Jahr

Beinhaltet: Kontaktdaten, Fachrichtung, Leistungen, Therapieformen, Portraitfoto/Logo hinterlegen, Homepage verlinken, Vorstellung Ihrer Praxis bzw. Ihres Unternehmens, Behandlungsschwerpunkte; **Hinweis:** Bitte senden Sie uns Ihre Textdateien (in pdf), Bilddateien (in jpg) und Videodateien (Linkverweis bzw. URL), damit wir diese auf Ihrer persönlichen SNÖ-Seite uploaden können.

Paket M

150€ / Jahr

Beinhaltet: Kontaktdaten, Fachrichtung, Leistungen, Therapieformen, Portraitfoto/Logo hinterlegen, Homepage verlinken, Vorstellung Ihrer Praxis bzw. Ihres Unternehmens, Behandlungsschwerpunkte, Beiträge und Videos im SNÖ-Blog präsentieren, Bekanntgabe div. Termine zu Turngruppen, Vorträgen, Veranstaltungen, Workshops, etc.. **Hinweis:** Bitte senden Sie uns Ihre Textdateien (in pdf), Bilddateien (in jpg) und Videodateien (Linkverweis bzw. URL), damit wir diese auf Ihrer persönlichen SNÖ-Seite uploaden können.

Paket L

250€ / Jahr

Beinhaltet: Kontaktdaten, Fachrichtung, Leistungen, Therapieformen, Portraitfoto/Logo hinterlegen, Homepage verlinken, Vorstellung Ihrer Praxis bzw. Ihres Unternehmens, Behandlungsschwerpunkte, Beiträge und Videos im SNÖ-Blog präsentieren, Bekanntgabe div. Termine zu Turngruppen, Vorträgen, Veranstaltungen, Workshops, etc.. **Ihr Praxislogo auf unseren Info-Flyern.**

Hinweis: Bitte senden Sie uns Ihre Textdateien (in pdf), Bilddateien (in jpg) und Videodateien (Linkverweis bzw. URL), damit wir diese auf Ihrer persönlichen SNÖ-Seite uploaden können.



3. Ich möchte das ausgewählte Paket beziehen und stimme den unten genannten Vertragsbedingungen zu:

3.1 Die Abrechnung erfolgt jährlich im Voraus per Vorkasse/Banküberweisung.

3.2 Zahlungsart: Rechnung per E-Mail an:

per Postweg

4. Weitere Informationen

Fachrichtung/Unternehmensbezeichnung (Bitte Zutreffendes ankreuzen, ggf. ergänzen)

<input type="checkbox"/> FA für Orthopädie & orthopädische Chirurgie	<input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung
<input type="checkbox"/> FA für Kinderorthopädie	<input type="checkbox"/> Yoga
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut(in)	<input type="checkbox"/> Osteopathie
<input type="checkbox"/> Sanitätshaus / <input type="checkbox"/> Orthopädietechnik	<input type="checkbox"/>

Therapieformen (Bitte Zutreffendes ankreuzen, ggf. ergänzen)

<input type="checkbox"/> Dreidimensionale Skoliogetherapie nach Schroth	<input type="checkbox"/> FBL (Funktionelle Bewegungslehre)
<input type="checkbox"/> Skoliosebehandlung	<input type="checkbox"/> Manuelle Therapie
<input type="checkbox"/> Spiraldynamik	<input type="checkbox"/> Bobath
<input type="checkbox"/> McKenzie	<input type="checkbox"/> Vojta
<input type="checkbox"/> Vizeral Therapie	<input type="checkbox"/> Therapeutisches Klettern
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leistungen (Bitte Zutreffendes ankreuzen, ggf. ergänzen)

<input type="checkbox"/> Diagnostik und Abklärung	<input type="checkbox"/> Manuelle Medizin
<input type="checkbox"/> Wirbelsäulen Chirurgie	<input type="checkbox"/> Akupunktur
<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung/-therapie	<input type="checkbox"/> Chiropraktik
<input type="checkbox"/> Infiltrationsbehandlungen	<input type="checkbox"/>

Miederversorgung/Heilbehelfe/Hilfsmittel (Bitte Zutreffendes ankreuzen, ggf. ergänzen)

<input type="checkbox"/> Cheneau Korsett	<input type="checkbox"/> Orthotimer®-Mikrosenso
<input type="checkbox"/> Boston Brace	<input type="checkbox"/> Korsett Leibchen
<input type="checkbox"/> Night Time Brace	<input type="checkbox"/>

✕ Ort, Datum	✕ Stempel, Unterschrift
--------------	-------------------------

Erweiterte-Einträge haben eine Mindestvertragslaufzeit von 12 Monaten. Danach verlängert sich der Vertrag auf unbestimmte Zeit und kann unter Einhaltung einer Frist von 4 Wochen jederzeit gekündigt werden. Die Abrechnung erfolgt im Vorhinein. Hinweis: Kein Ausweis der Umsatzsteuer! Umsatzsteuerbefreit - Kleinunternehmer gem. § 6 Abs. 1 Z 27 UStG. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie den allgemeinen Vertragsbedingungen für Erweiterte-Dienste sowie den SNÖ AGB (SkolioseNetzwerkÖsterreich/AGB) zu.

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte und unterschriebene Antragsformular inkl. der Datenschutzerklärung eingescannt an folgende E-Mail Adresse: skoliosenetzwerkoesterreich@gmail.com oder per Postweg an Skoliose Netzwerk Österreich, Dörfel 10, 8262 Ilz.