**Women’s Health Course**

**Anmeldeformular für Januar 2019**

Name:……………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse: …………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Email-Adresse: …………………………………………………………………………………………………………………

Telefonnummer:…………………………………………….……………………………………………………………………

Datum des osteopathischen Abschlusses:…................Diplom/Akademischer Grad:……..………....

Name und Land der Ausbildungsinstitution: ...........................................................................

Name und Mitgliedsnummer des Berufsverbandes (wenn verpflichtend im jeweiligen Land):

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Bitte unterschreibe die folgenden Aussagen:

* Ich bewerbe mich für den Women’s Health Diploma Course
* Ich zeige immer Respekt und professionelle Integrität gegenüber meinen PatientInnen und KollegInnen.
* Ich bin ausreichend versichert.
* Ich hatte niemals eine Beschwerde im Zusammenhang mit meiner beruflichen Tätigkeit (Beschwerde beim Verband, Haftpflichtfall).
* Ich akzeptiere, dass ich nur bei Erfüllung einer 90%-Anwesenheit-Quote während des 2-jährigen Kurses meine Qualifikation erhalte.
* I akzeptiere, dass ich mich während der Praxiskurse für interne Techniken- vaginale und rectale Anwendung- sowohl als PatientIn für meine KollegInnen zur Verfügung stelle, als auch als OsteopathIn die Techniken an KollegInnen anwende.
* Ich werde eine Gebühr von 100 Euro für meinen Bewerbungs-/Interview-Prozess bezahlen, die nicht refundierbar ist.   
  Die Gebühr versteht sich als Administrationsgebühr und garantiert keinen Kursplatz
* Im Falle einer Annahme der Bewerbung und falls ich die Zusage akzeptiere, werde ich eine Anzahlung von **Euro 1000** (bis 15. September 2018) leisten, um meinen Kursplatz zu sichern. Diese Anzahlung ist nicht refundierbar, wird aber auf die Kursgebühren wie folgt angerechnet: Euro 500 auf die Studiengebühren des 1. Jahres   
   Euro 500 auf die Studiengebühren des 2. Jahres.
* Falls ich mich zu einem beliebigen Zeitpunkt während eines Studienjahres entscheide, den Kurs abzubrechen, zahle ich die gesamte Studiengebühr für dieses Studienjahr.
* Ich füge ein aktuelles Passbild an
* Ich verstehe, dass die Vorlesungen in englischer oder französischer Sprache gehalten werden, aber immer eine Übersetzung ins Deutsche stattfindet.  
  Ich versichere, dass meine Sprachkenntnisse der deutschen Sprache, Verständnis und Schrift gut genug sind, um mich für diesen Kurs zu registrieren und die mündlichen und schriftlichen Prüfungen zu absolvieren.
* **Datenschutz:**MIH und WSO werden die Ihre persönlichen Daten speichern und verarbeiten. MIH und WSO werden Ihre erforderlichen Daten zum Zweck der Durchführung und Beendigung Ihres Studiums und der Studenten- Aktivitäten verarbeiten.
* **Rechte am geistigen Eigentum:**  
  Gemäß den Bestimmungen von MIH bezogen auf Rechte am geistigen Eigentum, wird MIH als Besitzer allen geistigen Eigentums, das während des Studium geschaffen wird, betrachtet.

Der Kurs wird durch Präsentationen und Handouts unterstützt. Diese dienen ausschließlich dem eigenen Gebrauch. Jeglicher Gebrauch dieser Materialien außerhalb des Rahmens von MIH und ohne vorherige formale Autorisierung durch ein Mitglied des MIH- Teams wird ein Disziplinarverfahren nach sich ziehen.  
Nach Beendigung des Studiums, wird ein Gebrauch dieses Materials ohne formale oder schriftliche Genehmigung von MIH streng untersagt.

**GEBÜHREN UND OPTIONEN DER BEZAHLUNG**

Ich stimme zu, eine nicht-refundierbare Registrierungsgebühr in Höhe von Euro 100 für meine Bewerbung zu bezahlen.

Überweisungen können direkt auf folgendes Konto getätigt werden:

**Bank Name and Addresse:** METRO BANK**,** 234 Kings Road, Chelsea, London SW3 5UA

**Kontobezeichnung:** MOLINARI ACADEMY OF OSTEOPATHIC MEDICINE LTD

BUSINESS EUROS ACCOUNT

**Kontonummer: 28181523**

**Bankleitzahl: 23-05-80**

**IBAN:** GB44MYMB23058028181523

**SWIFT:** MYMBGB2L

**Bitte Name und “WHC Vienna” als Zahlungsreferenz angeben- danke!**

**Bei Zusage meiner Kursteilnahme, möchte ich wie folgt bezahlen (bitte umkreisen):**

**Option 1:**

2 Raten:

Vor Kursstart Euro 2950 (Euro 3450 minus Euro 500 der Anzahlung) gefolgt von Euro 2950 (Euro 3450 minus Euro 500 der Anzahlung) vor Kursstart des 2. Jahres

**Gesamtpreis: Euro 6900**

**Option 2**

Monatliche Bezahlung:

Vor Kursstart Euro 1200 (Euro 1700 minus Euro 500 der Anzahlung) gefolgt von monatlichen Raten zu je Euro 260 **ausschließlich mittels Dauerauftrag.**

(dies reflektiert die Euro 500 Anzahlung für das zweite Jahr wieder)

**Gesamtpreis: Euro 7400**

Unterschrift:……………………………………………………………………………Datum:…………………………………

Bitte füllen Sie dieses Formular aus udn senden es per Email- Attachment an Corinne Jones:

**corinne.jones.mih@gmail.com**

**Bezahlung:**

I wish to pay (delete as appropriate) by cheque/bank transfer a **non-refundable** amount of £50 to register my application. Cheques can be made to: **the Molinari Academy of Osteopathic Medicine Ltd,** and sent to Corinne Jones, Little Limes, 34 Chapel Street, East Malling, West Malling, Kent ME196AP

Bank transfers can be paid directly to the following account:

**Bank Name and address:** METRO BANK**,** 234 Kings Road, Chelsea, London SW3 5UA

**Account Name:** MOLINARI ACADEMY OF OSTEOPATHIC MEDICINE LTD

**Account Number**: 19998808

**Sort Code:** 23-05-80

**IBAN:** GB38MYMB23058019998808

**SWIFT:** MYMBGB2L

**Please use your name and WHC4 as reference, thank you.**

If I am accepted on to the course, I would like to pay the course by (please circle):

**Option 1)**

In 2 payments: Before the start of the course, a total of £3000 (minus the £500 deposit) followed by £3000 (minus the £500 deposit) before the start of year 2

**Total: £6000.**

**Option 2)**

Semester payment:

Before the start of the course: £1700. (minus the £500 deposit)

Semester two: £1500.

Semester three: £1500. (minus the £500 deposit)

Semester four: £1500.

**Total: £6200**

**Option 3)**

Monthly payment:

Before the start of the course: £1500 (minus the £500 deposit)

Then 20 monthly payments of £225 **by standing order only**

(this reflects the £500 deposit paid for the year 2)

**Total: £6500**

Signature:…………………………………………………………..Date: ……………………………………………………

**Please complete this form, sign and email it to Corinne Jones at** [**corinnejones.mih@gmail.com**](mailto:corinnejones.mih@gmail.com)or **post it to**:

Corinne Jones, Little Limes, 34 Chapel Street, East Malling, Kent ME19 6AP

**Women’s Health Course - 2019**

**Aufnahme- Fragebogen**

NAME: …………………………………………………………………………………………………………………………...

1. Bitte beschreibe Deine Motivation an diesem Kurs teilzunehmen

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Welche Erfahrungen hast Du bis dato zum einen als PatientIn zum anderen als TherapeutIn in der Anwendung interner (rectal und /oder vaginal) Techniken?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Wie ist Deine Einstellung zu diesen Techniken?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Wievielel PatientInnen behandelst Du pro Woche osteopathisch?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Wieviel Prozent Deiner PatientInnen sind Frauen mit frauenspezifischen Beschwerdebildern?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Wo siehst Du Deine osteopathische Arbeit in 5 Jahren?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Wieviel Erfahrungen hast du mit Techniken an cranialen, viszeralen und fascialen Strukturen?

Bitte erläutere dies im Detail:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

1. Zusätzliche Angaben, die Du Deiner Bewerbung zufügen möchtest:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………