



Antrag auf Überprüfung meiner Qualifizierung zum Teilzertifikat A

Hiermit stelle ich gemäss der Ausbildungsordnung den Antrag auf Überprüfung zum Teilzertifikat A

Zum Nachweis meiner Qualifizierung reiche ich die entsprechenden Ausbildungsbestätigungen.

Persönliche Daten:

Herr / Frau

Titel

Name

Vorname

Strasse

PLZ / Ort

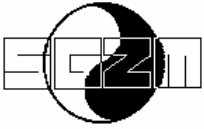
Tel Privat

Tel Praxis

Fax

E-Mail

Ich bin Mitglied der SGZM seit



Teilzertifikat A

Kurs	Absolviert am	Vergleichbarer Kurs	Absolviert am	Kennzeichen auf Dokument
Propädeutik				Prop
Kinesiologie				Kin
Mundakupunktur A				MAP A
Mundakupunktur B				MAP B
5 Elementenlehre				ELEM
Herd-/ Regulation + Schwermetall- problematik				HERD
OPT/DVT Auswertekurs				OPT
Injektionstechniken				INJEK

Ort und Datum:

Unterschrift:

.....

.....