



Antrag auf Überprüfung meiner Qualifizierung zum Teilzertifikat B

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

Zum Nachweis meiner Qualifizierung reiche ich die entsprechenden Ausbildungsbestätigungen ein.

Persönliche Daten:

Herr / Frau

Titel

Name

Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Tel Privat

Tel Praxis

Fax

E-Mail

Ich bin Mitglied der SGZM seit



Teilzertifikat B

| Kurs | Absolviert am | Vergleichbarer Kurs | Absolviert am | Kennzeichen auf Dokument |
|-----------------|---------------|---------------------|---------------|--------------------------|
| Homöopathie A | | | | HOM A |
| Homöopathie B | | | | HOM B |
| Homöopathie C | | | | HOM C |
| Homöopathie D | | | | HOM DB |
| Decoder / DFM A | | | | DECO A |
| Decoder /DFM B | | | | DECO B |

| | | | | |
|-----------------------------------------------|--|-----------------------|--|--|
| Das Teilzertifikat A wurde mir überreicht am: | | Eine Kopie liegt bei. | | |
|-----------------------------------------------|--|-----------------------|--|--|

Ort und Datum:

Unterschrift:

.....

.....