

Anmeldung zur Prüfung zum Diplom Ärztliche Osteopathie (DÄO) der ÄMM



Hiermit melde ich mich zur Prüfung Diplom Ärztliche Osteopathie (DÄO)

am: _____ in _____ an.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum und Ort: _____

Anschrift: _____ Tel: _____

_____ E-Mail: _____

Dienstadresse: _____ Tel: _____

Die Zusammenstellung der Kurse, die für das beantragte Zertifikat Vorbedingung sind, habe ich auf der Kursnachweisliste aufgeführt und dieser Anmeldung beigelegt.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner
Praxisanschrift und Telefonnummer in einem
Verzeichnis einverstanden.

ja

nein

Datum:

Unterschrift:

(Evtl. bei einem anderen Anbieter absolvierte Kurse weisen Sie bitte durch die Übersendung der Kopien der Kursbescheinigungen nach!)

Kursnachweisliste zum Diplom Ärztliche Osteopathie DÄO



Name _____ geb. am _____

Kurstyp	von	bis	in	Kursleiter
Grundkurse				
Einführungskurs E0				
C1Ä				
C2Ä				
V1Ä				
V2Ä				
P1Ä = P3 (PT)				
P2Ä				
P3Ä = P4 (PT)				
Aufbaukurse				
Dit 1				
Dit 2				
Dit 3				
Dit 4				
Dit 5				
Dit 6				

Ich versichere, die genannten Kurse absolviert / und die Zwischenprüfungen bestanden zu haben.
 Unterschrift: _____