

# Antrag Re-Zertifizierung „Funktioneller Knietherapeut“

Akad. Grad:

.....

Name:

.....

Vorname:

.....

Geburtsdatum:

.....

## Anschrift (dienstlich)

## Anschrift (privat)

Klinik/Praxis

.....

Abteilung

.....

Straße/Hausnr.

.....

PLZ/Ort

.....

Land

.....

Telefon

.....

E-Mail

.....

Zertifizierung vom:

Datum:

.....

Teilnahme am DKG Jahreskongress:

Datum:

.....

Datum:

.....

Der Antrag wurde wahrheitsgemäß ausgefüllt, die erforderlichen Bescheinigungen liegen dem Antrag bei.

**Die Zertifizierung erfolgt für 5 Jahre und bedarf anschließend einer erneuten Re-Zertifizierung.**

.....

Ort/Datum

.....

Unterschrift