

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