

Antrag Re-Zertifizierung „Funktioneller Knietherapeut“

Anrede: Akad. Grad:
Name: Vorname:
Geburtsdatum:

Anschrift (dienstlich)

Anschrift (privat)

Klinik/Praxis
Abteilung
Straße/Hausnr.
PLZ/Ort
Land
Telefon
E-Mail
Webseite

Zertifizierung vom: Datum:
Teilnahme am DKG Jahreskongress: Datum: Datum:

Der Antrag wurde wahrheitsgemäß ausgefüllt, die erforderlichen Bescheinigungen liegen dem Antrag bei.
Ich bin damit einverstanden des auf Webseiten der DKG zur Expertensuche gelistet zu sein.

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

.....
Ort/Datum Unterschrift