



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:** _____

Ich möchte gern mit _____ geprüft werden.
(Wunschpartner)

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

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

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

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				
PKÄ				

Ich versichere, die genannten Kurse absolviert und die Zwischenprüfungen bestanden zu haben.

Unterschrift: