

DGZH e.V.
 Königstr. 80
 70173 Stuttgart

FAX: 0711 – 99783630

Antrag auf Zertifikat (Zahnarzt / Arzt / Diplom-Psychologe)

Bitte schicken Sie mir das Zertifikat „Zahnärztliche Hypnose und Kommunikation“

Als Ausbildungsnachweis übersende ich Ihnen Kopien der Teilnahmebestätigungen von den Kursen Z1 bis Z6, mindestens 32 Supervisionsstunden und mindestens 3 verschiedene Supervisionsberichte von Fällen, die im Rahmen der Supervision vorgestellt wurden.

Ich bin Mitglied der DGZH und erhalte das Zertifikat kostenlos

Ich bin NICHT Mitglied der DGZH e.V. und zahle eine Zertifikatsgebühr in Höhe von € 170,-
 (die Einverständniserklärung zum Datenschutz lege ich bei)

Ich beantrage die Mitgliedschaft mit separatem Formular und erhalte das Zertifikat kostenlos

Ich bin Mitglied und Zahnarzt und beantrage die Aufnahme in die Online-Liste der DGZH-Hypnosezahnärzte

| | |
|--|--|
| Vorname Name | |
| Titel | |
| Geburtsdatum | |
| Beruf | |
| PRAXISADRESSE | |
| Praxisname | |
| Straße Nr | |
| PLZ Ort | |
| Telefon, Fax | |
| E-Mail | |
| Web-Adresse(URL) | |
| Privatadresse (Bitte E-Mail-Adresse für vereinfachte Korrespondenz angeben) | |
| Straße Nr | |
| PLZ Ort | |
| Telefon | |
| E-Mail | |

Ich versichere, dass ich als Zahnarzt, Arzt oder Psychologe approbiert bin oder eine staatlich anerkannte Ausbildung in Heilberufen besitze.

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____