

DGZH e.V.
 Königstr. 80
 70173 Stuttgart

FAX: 0711 – 99783630

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

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

- Als Ausbildungsnachweis übersende ich Ihnen Kopien der Bestätigungen von
- 6 DGZH-Masterkursen
 - mindestens 16 Supervisionsstunden bei einem anerkannten DGZH Master-Supervisor
 - mindestens 3 Supervisionsberichte von Fällen, die im Rahmen der Master-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,-

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

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

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Vorname Name | |
| Titel | |
| Geburtsdatum | |
| Beruf | |
| Praxisadresse bzw. offizielle Geschäftsadresse | |
| Praxisart 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 | |

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____