

Anmeldung zur Kenntnisüberprüfung für Tierheilpraktiker

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Strasse : _____

PLZ/Ort : _____

Telefon : _____

Telefax : _____

Ausbildungsdaten

Besuchte Tierheilpraktiker Schule : _____

Praktika-Zeiten : _____

Praktika wo : _____

Fortbildung : _____

Bisherige Tätigkeit/en und/oder Beruf : _____

Angaben zur Prüfung

Gewünschter Prüfungstermin : _____

Fachbereich (bitte ankreuzen) : Großtiere Kleintiere beides

Therapieschwerpunkt (bitte ankreuzen) : Homöopathie Akupunktur
 Phytotherapie Manuelle/Physiotherapie

Und/oder andere Therapie : _____

Thema Facharbeit : eigenes Thema welches: _____

Thermenvorschlag durch den Prüfungsausschuss : _____

Ich bin Mitglied in einem Tierheilpraktiker-Verband : welcher: _____

Ich bin nicht Mitglied in einem Tierheilpraktiker-Verband :

Die Prüfungsgebühr von (bitte eintragen) 150,- € wird überwiesen auf das Konto des VfT e. V, Volksbank Sottrum BIC GENODEF1SUM IBAN DE65 2916 5681 0400 1753 00

Ort, Datum

Unterschrift
