

DGZH e. V.
Postfach 13 09 04
70063 Stuttgart

FAX: 0711 – 99783630

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

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

Als Ausbildungsnachweis übersende ich Ihnen Kopien der Teilnahmebestätigungen von den Kursen ZK1 bis ZK6, 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.

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