

QUALITÄTSKONFERENZ DES BKHD

c/o Gabriele Hanewacker, Am Sportplatz 1, 85445 Schwaig

Teilnahmebestätigung „Arbeitskreis klassische Homöopathie“

Datum der Fortbildung: _____

Anzahl der UE Homöopathie: _____

Anzahl der UE Klinik: _____

(Pro Jahr können 15 Unterrichtseinheiten (UE) a 45 Minuten Homöopathie und 4 Unterrichtseinheiten (UE) Klinik in Form von Arbeitskreisen beim BKHD-Zweckbetrieb eingereicht werden (Bemessungszeitraum 2 Jahre = 30 UE Homöopathie + 8 UE Klinik.)

Verantwortlicher Verein: _____

Teilnehmer:

Name: _____

Vorname: _____

Stempelnummer: _____

Arbeitskreisleiter:

(Auszug aus den Fortbildungsrichtlinien des BKHD-Zweckbetriebs: „Für ArbeitskreisleiterInnen wird dieselbe Qualifikation wie für Dozenten vorausgesetzt, u.a. eigener Qualifizierungsnachweis, mindestens 5 Jahre Praxiserfahrung, siehe hierzu auch die Broschüre: „Qualifikationsrichtlinien Klassische Homöopathie“. Adressen bereits registrierter Arbeitskreise erhalten Sie über die Vereine.)

Name: _____

Vorname: _____

Stempelnummer: _____

Thema (ggf. separat für Homöopathie und Klinik/ggf. Erläuterung):

(weitere Ausführungen auf der Rückseite möglich)

Datum

Stempel / Unterschrift des Arbeitskreisleiters

Eingetragener Verein
Sitz: München

Beauftragte der Qualitätskonferenz:
Dr. med. Sybille Freund

Bankverbindung:
Konto Nr.: 1022806
BLZ: 701 900 00/ Mü.Bank