



Anmeldung zur Prüfung - für Physiotherapeuten/-innen und Ärzte/-innen -

Prüfungstermin: _____

Voraussetzung zur Prüfungsteilnahme ist, dass die Grundausbildung in der Lehre der Reflektorischen Schmerztherapie – Brügger-Therapie (132 Unterrichtsstunden) beim FBZ der Brügger-Therapie absolviert wurde.

Name: _____

Vorname: _____

Adresse

Institution: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

Meine letzte Kursbezeichnung / Datum: _____

Bitte überweisen Sie die Prüfungsgebühr in Höhe von 105,00 € bis 4 Wochen vor dem Prüfungstermin auf das unten angegebene Konto.

Das FBZ der Brügger-Therapie erstellt eine Liste der geprüften Brügger-TherapeutInnen und gibt die oben angegebene Adresse und Telefonnummer PatientInnen und anderen Interessierten auf Anfrage bekannt. Darüber hinaus werden die Daten auf der Homepage des FBZ veröffentlicht.

- Hiermit erkläre ich mich **widerruflich mit der Weitergabe und Veröffentlichung meiner oben angegebenen Daten einverstanden. (Bitte ankreuzen!)**

(Ort, Datum)

(Unterschrift)