



Inscription

Je m'inscris pour la formation respectivement le cours suivant(e):

Nom du cours / Numéro du cours: _____

Nom: _____

Prénom: _____ Date de naissance: _____

Rue, CP, Lieu: _____

Numéro de téléphone: _____

E-mail: _____

Profession: _____

Informations supplémentaires pour l'inscription au cours « Formation de base modulaire en thérapie de biorésonance »

Pour que nous puissions vous remettre le diplôme après avoir fini et réussi la formation, vous devez remplir le critère suivant:

- Vous avez fini une formation en anatomie/physiologie/pathologie (médecine académique) d'au moins 350 heures

Pour la vérification, nous avons besoin des informations suivantes:

J'ai fait une formation en médecine académique d'au moins 350 heures et j'ai joint l'attestation y relative à l'inscription

Je vais faire la formation en médecine académique d'au moins 350 heures. Je vous enverrai l'attestation de fin de formation jusqu'au _____ au plus tard.

Avec ma signature, je m'inscris de façon définitive pour la formation et je confirme la véracité des indications données plus haut. Je confirme avoir lu les conditions générales et les accepte. Vous trouverez les conditions générales sur notre page d'accueil www.sebim.ch ou vous pouvez les commander auprès de notre secrétariat.

Lieu, Date _____ Signature: _____