Registrierungsansuchen Qualitätszirkel

physioaustria

Fortbildungsformat im Rahmen der MTD-CPD-Fortbildungspflicht

Das Formular ist von der/dem Qualitätszirkelleiter*in vollständig und in Blockschrift auszufüllen.

Angaben zur/zum Leiter*in des Qualitätszirkels

NAME
VORNAME _____ NACHNAME _____

ANSCHRIFT
STRASSE _____ PLZ _____ ORT _____

KONTAKT
TELEFONNUMMER (+43 ...) _____ E-MAIL _____

Angaben zum Qualitätszirkel

NAME
NAME DES QUALITÄTSZIRKELS _____

ORT
STRASSE _____ PLZ _____ ORT _____

TEILNAHME
☐ VOR ORT ☐ ONLINE ☐ HYBRID

THEMA
THEMA (KEYWORDS) _____

ZIELGRUPPE
☐ NIEDERGELASSENE PHYSIOTHERAPEUT*INNEN ☐ SELBSTSTÄNDIGE PHYSIOTHERAPEUT*INNEN

UNTERSCHRIFT
UNTERSCHRIFT DER/DES QUALITÄTSZIRKELLEITER*IN _____

Approbiert von:

NAME _____

DATUM _____ UNTERSCHRIFT _____