::Desktop:Logo REV_vector.pdf

### FORMULAR FÜR WEITERBILDUNGSNACHWEISE

**Für aktive Rebalancer/innen**

**Rebalancing – TherapeutIn**

**Adresse :**

Vorname :       Name :

Strasse :

PLZ :       Ort :

Tel.-Nr. :       e-mail :

**Praxis – Adresse** *(falls andere als oben)*

Vorname :       Name :

Strasse :

PLZ :       Ort :

Tel.-Nr. :       e-mail :

**Weiterbildungsstunden im Jahr** ……. **(min. 20 Std. gemäss Statuten RVS)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum | Thema | Stunden | Leitung | Beilage Nr. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Total Stunden | |  |

Ort, Datum: Unterschrift:

…………………………………… …………………………………

Bitte Ende Jahr einsenden an RVS Rebalancer Verband Schweiz, 3000 Bern!

Bitte Weiterbildungskopien beilegen (keine Originale)!!!