Antragsformular
zur Akkreditierung von Modulen und Modulabschlüssen

|  |
| --- |
| Bildungsanbieter |
| Name Institution |       |
| Zusatz |       |
| Strasse, Postfach |       |
| Land / PLZ / Ort |       |
| Telefon |       | Telefax |       |
| Internet |       |
| E-Mail |       |
| Sprache | [ ]  DE [ ]  FR [ ]  IT | Anzahl Standorte |       |
| Mitgliedschaft | [ ]  eduCAM Swiss [ ]  APTN |

|  |
| --- |
| Kontaktperson |
| Anrede | [ ]  Herr [ ]  Frau |  |  |
| Name |       | Vorname |       |
| Telefon Direkt |       | Telefon Mobile |       |
| E-Mail |       |
| Funktion | [ ]  Geschäftsführer/in | [ ]  Schulleiter/in |
|  | [ ]        | [ ]        |

|  |
| --- |
| Wir beantragen die Akkreditierung für |
| [ ]  | Modul M1 |  |  |
| [ ]  | Modul M2 | [ ]  Ayurveda-Medizin[ ]  TCM | [ ]  Homöopathie[ ]  TEN |
|  | Schwerpunkte TCM | [ ]  Akupunktur/Tuina | [ ]  Chin. Arzneitherapie |
| [ ]  | Modul und Modulabschluss M3 |  |  |
| [ ]  | Modul und Modulabschluss M4 |  |  |
| [ ]  | Modul und Modulabschluss M5 |  |  |
| [ ]  | Modul und Modulabschluss M6 | [ ]  Ayurveda-Medizin[ ]  TCM | [ ]  Homöopathie[ ]  TEN |
|  | Unser Konzept für Modul und Modulabschluss M6 ist … | [ ]  fachrichtungsübergreifend[ ]  fachrichtungsspezifisch |

Mit dem Antrag bescheinigt der Bildungsanbieter, dass er das Reglement zur Akkreditierung von Modulen und Modulabschlüssen, die Wegleitung zum Reglement und die gültige Gebührenordnung zur Kenntnis genommen hat.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum |       |
| Unterschrift |       |

Senden Sie den Antrag an:

OdA Alternativmedizin

Wengistrasse 11

4500 Solothurn

und per Mail an

sekretariat@oda-am.ch