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