

Nachname: _____

**Antrag auf Prüfungszulassung zum
„Spezialisten für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)“**

EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG

In Kenntnis der Bedeutung einer eidesstattlichen Versicherung und informiert über die Strafbarkeit falscher Angaben versichere ich an Eides statt, mindestens 100 Patienten funktionsdiagnostisch und -therapeutisch (in Anlage 2b aufgelistet) betreut zu haben.

Titel Vorname Nachname

Ort, Datum

Unterschrift