

Nachname \_\_\_\_\_

Anlage 2

Anlage 2 zum  
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