

**FORMULAR FÜR WEITERBILDUNGSNACHWEIS  
Für aktive Rebalancer/innen**

**Rebalancing – Therapeut/in**

**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)!!!