

- Oui, je désire entrer dans le pool des thérapeutes REGENA expérimentés. Je suis d'accord pour que l'on publie mes coordonnées ci-dessous et j'assure que mes données sont conformes à la vérité.**

Nom	
Prénom	
Profession / Titre	
Rue et numéro	
Code postal	
Ville	
Tel	
Fax	
E-Mail	
Site Web	

- Je suis un thérapeute REGENA expérimenté**

Conditions préalables

- Au moins **3 ans** d'expérience pratique dans mon cabinet médical. Depuis (par exemple 2015) : _____
- Médecin ou thérapeute utilisant principalement la Thérapie REGENA
- Médecin ou thérapeute ayant de très solides connaissances dans la Thérapie REGENA et les médicaments REGENAPLEX
- Ayant pratiqué au minimum un séminaire de Base, Avancé et Pratique et /ou des formations complémentaires les cercles de travail, et/ou je suis recommandé par un Séminariste REGENA, un membre de la Hot Line ou une personne du cercle de travail

Nom du thérapeute ou de la personne de référence :

(Pas obligatoire, cela peut-être une personne non affiliée à REGENA) _____

- Je suis thérapeute, orienté vers la Thérapie REGENA**

Conditions préalables

- Au moins **2 ans** d'expérience pratique dans mon cabinet médical. Depuis (par exemple 2016) : _____
- Médecin ou thérapeute pratiquant la Thérapie REGENA
- Médecin ou thérapeute connaissant bien la Thérapie REGENA et les médicaments REGENAPLEX
- Ayant pratiqué au minimum un séminaire de Base, Avancé et Pratique et /ou des formations complémentaires ou continue de la REGENA-Akademie (dans un délais de 3 ans)

- J'ai participé aux séminaires suivants : Base, Avancé et Pratique ou autre (Date et lieu) _____ Obligatoire _____

Lieu et date

Tampon

Signature

Veuillez envoyer ce formulaire rempli à : **REGENA AG**

Poststrasse 32-36 | ou par **071 414 17 50**

8274 Tägerwilten | ou par e-mail: info@regena.ch