



Glacisstraße 7, 8010 Graz, Österreich
Ärztl. Leiter: Dr. Olivia Pojer
+43 316 37 40 50 Fax + 55
Mail office@ogka.at www.ogka.at

Vorbereitung zur Diplomprüfung Ohr

TERMIN & ORT

Fallseminar inkl. Ohr-Diplom Prüfung	14./15.3.2025	Salzburg	Dr. Philipp Laber
Fallseminar inkl. Ohr-Diplom Prüfung	4./5.4.2025	Graz	Dr. Peter Aluani

Fallseminar Ohr-Diplom: Fallbesprechungen entsprechend der systematischen Indikationsbereiche für die Ohrakupunktur und anhand von Karteikarten und Patienten unter Anleitung der Referenten

Immer wieder fordern interessierte Patienten von uns Ärztelisten an, in die nur Kollegen mit Diplomprüfung aufgenommen werden können. Bitte nehmen auch Sie an unserer Ohr-Diplom-Prüfung teil, damit wir auch Ihre Ordination anfragenden Patienten empfehlen können.

Orte

Graz: Steiermarkhof, Ekkehard-Hauer-Straße 33, 8052 Graz

Salzburg: Vitalzentrum Grödig, Via Sanitas 1, 5082 Grödig

Kurszeiten

Fallseminar Ohrakupunktur

Freitag	15 Uhr – 20 Uhr.
Samstag	09 Uhr – 12 Uhr 15

Im Anschluss: Diplomprüfung Ohr Samstag

schriftliche Prüfung und mündliche Prüfung

SEMINARGEBÜHREN:

A-Standardtarif:

Euro 320,-- /für Nichtmitglieder zuzüglich Euro 60,--

Sondertarif-B: Für Turnus- und Assistenzärzte sowie pensionierte Kollegen:

Euro 280,-- /für Nichtmitglieder zuzüglich Euro 60,--

Sondertarif-C: Studenten, arbeitslose Ärzte, KarenzgeldbezieherInnen:

Euro 235,-- /für Nichtmitglieder zuzüglich Euro 60,--

Prüfungsgebühr € 100,--

Stornokosten siehe Jahresprogramm 2024

Eine Bitte: Um dem Sekretariat die Arbeit zu erleichtern, bitten wir um eine frühzeitige Anmeldung.

ANMELDUNG

Bitte ankreuzen

<input type="radio"/> Fallseminar Ohr und Prüfung	14./15.3.2025	Salzburg	Dr. Laber
<input type="radio"/> Fallseminar Ohr und Prüfung	4./5.4.2025	Graz	Dr. Aluani

Sekretariat

der Österreichischen Gesellschaft

für Kontrollierte Akupunktur und TCM

Glacisstraße 7

8010 Graz

Tel.0316/374050 Fax 0316/374050 55

Internet www.ogka.at

E-mail office@ogka.at

Name:.....

Telefon mit Vorwahl.....

Adresse.....

(Straße Ort).....

Mail

Datum:

Unterschrift:
Praxisstempel