

International College of Applied Kinesiology

International Board of Examiners (IBE)

Antrag zu praktischen Wiederholungsprüfungen

Eingang beim IBE mindestens 15 Tage vor der Prüfung!

Geben Sie den Ort und das Datum an, zu dem Sie die praktische Wiederholungsprüfung ablegen wollen:

Name: _____ Geburtstag: _____

Praxisadresse: _____ Praxistelefon _____

Privatadresse: _____ Privattelefon _____

E-mail: _____ Fax: _____

Datum der letzten praktischen Diplomate Prüfung: _____

Unterschrift der Antragstellers _____ Datum _____

Die Anmeldung ist nur in Zusammenhang mit bezahlten Prüfungsgebühren gültig:

_____ \$100 US\$- Wiederholung praktische Prüfung

Bitte **Scheck** in US Dollars ausstellen an: **International Board of Examiners**,
zu Händen: Dr. Jerold Morantz, 16545 S. Halsted St., Harvey, IL 60426-6187

Bei Bezahlung mit **Kreditkarte** per Fax an: 001 - (708) 331-2910

(Ankreuzen) ___ Visa, ___ Mastercard

(bei Kreditkartenbezahlung wird wegen der Karten-Gebühren ein 5%-iger Aufschlag auf die gesamten Examenkosten fällig)

Kartenummer _____ Ablaufdatum: _____

Prüfziffer (letzte drei Ziffern rechts neben dem Unterschriftsfeld auf der Rückseite der Karte: _____

Name wie auf der Karte: _____

Unterschrift: _____ Datum _____