

**Bitte dokumentieren Sie die entsprechenden Daten aus  
Ihren beratungsrelevanten Berufsnachweisen**

**Berufsverband  
Oecotrophologie e. V.**

---

Name:

Mitgliedsnummer:

| Beginn<br>(mm/jjjj) | Ende<br>(mm/jjjj) | Name des Arbeitgebenden | Tätigkeitsbeschreibung / Schwerpunkte | Bemerkungen |
|---------------------|-------------------|-------------------------|---------------------------------------|-------------|
|                     |                   |                         |                                       |             |
|                     |                   |                         |                                       |             |
|                     |                   |                         |                                       |             |
|                     |                   |                         |                                       |             |
|                     |                   |                         |                                       |             |