

**FAX – Antwort 0341/30 29 570; E-Mail: lv.sachsen@dzvhae.de  
oder Kopie unterzeichnet im Fensterumschlag senden an:**

Gesellschaft Homöop. Ärzte in Sachsen und Sachsen-Anhalt e.V.

Kochstraße 50  
04275 Leipzig

## **Anmeldung\* Herbsttagung vom 04. – 05.11.2022**

**Ich melde mich verbindlich zur Herbsttagung an:**

Ich nehme auch an der Veranstaltung teil, wenn sie online stattfindet: ja \*\* / nein \*\*

Name: ..... Vorname: .....

PLZ Wohnort: ..... Straße: .....

Tel: ..... E-Mail: .....

04.11.2022, 16.00 – 20.00 Uhr

05.11.2022, 9.00 – 17.00 Uhr

Mitglied: 150,00 €

Nichtmitglied: 200,00 €

Überweisung an GHÄS e.V.:

Kennwort: Herbsttagung

Deutsche Apotheker und Ärztebank

IBAN: DE40 300 6060 100 4648 1741

BIC: DAAEDEDXXX

erfolgte am ..... in Höhe von ..... €

Mitglied im Dt. Zentralverein homöop. Ärzte (DZVhÄ): ja\*\* / nein\*\*

Die Anmeldung ist verbindlich nach Eingang dieses Formulars, Sie erhalten keine Bestätigung.

-----  
**Stempel**

-----  
**Datum / Unterschrift**

\* Dieses Anmeldeformular gilt als Steuervorlage, das Original bitte zur Vorlage beim Finanzamt aufheben.  
Steuer-Nr.: 215 / 141 / 07375

\*\* **Zutreffendes bitte ankreuzen**