

**Antwort per E-Mail: lv.sachsen@dzvhae.de; FAX: 0341/91046945  
oder Kopie unterzeichnet im Fensterumschlag senden an:**

Gesellschaft Homöop. Ärzte in Sachsen und Sachsen-Anhalt e.V., Paul- Gruner Str. 68, 04107 Leipzig

## **Anmeldung\* Blockfallseminar vom 12.06.- 13.06.2026**

**Ich melde mich verbindlich zum Blockfallseminar Homöopathie an:**

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

PLZ Wohnort: ..... Straße: .....

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

Ich kann leider nicht am gesamten Seminar teilnehmen, sondern nur an folgenden Tagen:

.....

Kosten Gesamtseminar:

- ☐ für Mitglieder im DZVhÄ: 200,00 €
- ☐ für Nichtmitglieder: 280,00 €

Kosten einzelner Tag:

- ☐ für Mitglieder im DZVhÄ: 100,00 €
- ☐ für Nichtmitglieder: 140,00 €

**zutreffendes bitte ankreuzen**

Überweisung an GHÄS e.V.:

**Kennwort: Blockfallseminar**

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

**zutreffendes bitte ankreuzen**

Ich bin Mitglied in einem anderen Landesverband

ja, in.....

**Die Anmeldung ist verbindlich nach Eingang dieses Formulars!**

Bei Stornierung, wird eine Gebühr von 50,-€ erhoben.

-----  
**Stempel**

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

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

