

**Antwort per E-Mail: lv.sachsen@dzvhae.de; FAX: 0341/91046945
oder postalisch an die Geschäftsstelle:**

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

Anmeldung* Blockfallseminar vom 13.11.- 14.11.2026

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 ab **06.11.2026** wird eine Bearbeitungsgebühr von **€ 50** erhoben. Keine Rückerstattung erfolgt bei einer Stornierung ab Seminarbeginn.

Stempel

Datum / Unterschrift

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