

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

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

Anmeldung* D - Kurs vom 23.09.-27.09.2026

Ich melde mich verbindlich zum D- Kurs Homöopathie an:

Name: Vorname:

PLZ Wohnort: Straße:

Tel: E-Mail:

- ☐ ich nehme am Restaurantbesuch (ca. 20.00 Uhr) am Freitagabend teil
- ☐ ich nehme an der Führung „Südfriedhof“ am Freitagabend teil (Barzahlung v. Ort)
zutreffendes bitte ankreuzen

- ☐ Ich bin Mitglied im DZVhÄ und zahle: 470,00 €
- ☐ Ich bin kein Mitglied im DZVhÄ und zahle: 570,00 €
zutreffendes bitte ankreuzen

bei **Barzahlung** wird eine **Verwaltungsgebühr von 10,-€** erhoben

- ☐ Mitglied in einem anderen Landesverband ja, in:

Überweisung an GHÄS e.V.: Kennwort: **D- Kurs**

Deutsche Apotheker und Ärztebank

IBAN: DE 40 300 6060 100 4648 1741

BIC: DAAEDEDXXX

erfolgte am in Höhe von €

Die Anmeldung ist verbindlich nach Eingang dieses Formulars!

Bei Stornierung ab **16.09.2026** wird eine Bearbeitungsgebühr von **€ 50** erhoben. Keine Rückerstattung erfolgt bei einer Stornierung ab Seminarbeginn.

Stempel

Datum / Unterschrift