

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

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

Anmeldung* G - Kurs vom 25.09. - 26.09.2026

Ich melde mich verbindlich zum G- 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 „ “ am Freitagabend teil (Barzahlung v. Ort)

zutreffendes bitte ankreuzen

- ☐ Ich bin Mitglied im DZVhÄ und zahle: 250,00 €
- ☐ Ich bin kein Mitglied im DZVhÄ und zahle: 290,00 €

zutreffendes bitte ankreuzen

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

- ☐ Mitglied in einem anderen Landesverband ja, in:

Überweisung an GHÄS e.V.: Kennwort: **G- 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 **24.09.2026** 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