

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

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

Anmeldung* Herbsttagung vom 06.11.-07.11.2026

Ich melde mich verbindlich zur Herbsttagung an:

Name: Vorname:

PLZ Wohnort: Straße:

Tel: E-Mail:

☐ **06.11.2026 16.00 – 20.00 Uhr**

☐ **07.11.2026 09.00 – 18.00 Uhr**

Kosten: Mitglieder im DZVhÄ: nur Fr **60,00€** ; nur Sa **110,00€**; Fr u Sa **170,00 €**
Nichtmitglieder: nur Fr **80,00€**; nur Sa **140,00€**; Fr u Sa **220,00 €**

Das Mittagessen am Samstag ist in den Kosten enthalten.

Barzahlung: 10,-€ Verwaltungsgebühr

Überweisung an GHÄS e.V.:

Kennwort: **Herbsttagung 2026**

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**)

Mitglied in einem anderen Landesverband ja, in:

Die Anmeldung ist verbindlich nach Eingang dieses Formulars!

Bei Stornierung ab **29.10.2026** wird eine Bearbeitungsgebühr von **€ 50** erhoben. Keine Rückerstattung erfolgt bei einer Stornierung ab dem Tag des Seminarbeginns.

Stempel

Datum / Unterschrift

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