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 Str. 68, 04107 Leipzig

Anmeldung* A- Kurs vom 15.09.- 19.09.2027

Ich melde mich verbindlich an zum A- Kurs Homöopathie:

Name: ..... Vorname: ….....

PLZ Wohnort: …..... Straße: ….....

Tel: …..... E-Mail: ….....

- o ich nehme am Restaurantbesuch (ca. 20.00 Uhr) am Freitagabend teil
- o ich nehme an der Führung „……“ am Freitagabend teil (Barzahlung v. Ort)

zutreffendes bitte ankreuzen

- o Ich bin Mitglied im DZVhÄ und zahle: 440,00 €
- o Ich bin kein Mitglied im DZVhÄ und zahle: 570,00 €

zutreffendes bitte ankreuzen

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

- o Mitglied in einem anderen Landesverband ja, in:

Überweisung an: Gesellschaft homöopathischer Ärzte in Sachsen und Sachsen-Anhalt e.V

Kennwort: A- Kurs
Deutsche Apotheker und Ärztebank
IBAN: DE 40 300 6060 100 4648 1741
BIC: DAAEDEDDXXX

erfolgte am ….. in Höhe von ….. €

Die Anmeldung ist verbindlich nach Eingang dieses Formulars!

Bei Stornierung ab **01.09.2027** 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