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-Gruner Straße 68, 04107 Leipzig

Anmeldung* Herbsttagung vom 05.11.-06.11.2027

Ich melde mich verbindlich zur Herbsttagung an:

Name: ..... Vorname: ….....

PLZ Wohnort: …..... Straße: ….....

Tel: …..... E-Mail: ….....

- **05.11.2027 16.00 – 20.00 Uhr**
- **06.11.2027 09.00 – 18.00 Uhr**

Kosten: Mitglieder im DZVhÄ: nur Fr **80,00€** ; nur Sa **130,00€**; Fr u Sa **190,00 €**
Nichtmitglieder: nur Fr **100,00€;** nur Sa **160,00€**; Fr u Sa **240,00 €**

Barzahlung: 10,-€ Verwaltungsgebühr

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

Kennwort: **Herbsttagung 2027**
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 **28.10.2027** 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