

Verbindliche Anmeldung zur Fortbildung in
PSYCHOSOMATISCHER GRUNDVERSORGUNG

Name, Vorname _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Privat-Anschrift PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Praxisstempel:

Telefon: _____ Fax: _____

Beginn der ärztlichen Tätigkeit: _____

Jetzige ärztliche Funktion: _____

Erfahrungen in BALINT-Gruppenarbeit: Ja Nein

Erfahrungen in psychotherap. Weiterbildung Ja Nein

Die Teilnahmegebühr von 1.295,-- €

wurde auf das Konto Nr. 12856 überwiesen
bei Sparkasse Vorderpfalz, BLZ 545 500 10
IBAN: DE 19 54550010 0000012856

Datum, Unterschrift