

**Verbindliche Anmeldung zur Fortbildung in  
PSYCHOSOMATISCHER GRUNDVERSORGUNG**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Privat-Anschrift PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon(mobil): \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Praxisstempel:

Telefon(Praxis): \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Beginn der ärztlichen Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Jetzige ärztliche Funktion: \_\_\_\_\_

Erfahrungen in BALINT-Gruppenarbeit: Ja  Nein

Erfahrungen in psychotherapeut. Weiterbildung Ja  Nein

Die Teilnahmegebühr von EURO **1.295,-**  
wurde überwiesen auf das Konto 12856  
Sparkasse Vorderpfalz, BLZ 545 500 10  
IBAN: **DE 19 54550010 000012856**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift