

**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 **1.895,-**
wurde überwiesen auf das Konto: 12856
Sparkasse Vorderpfalz, BLZ 545 500 10
IBAN: DE 19 54550010 0000012856

Datum, Unterschrift