

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: DE19 5455 0010 0000 0128 56

Datum, Unterschrift