



## 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 0000012856**



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

---

ARBEITSKREIS PSYCHOSOMATIK VORDERPFALZ, 76835 GLEISWEILER, IM HINTERMORGEN 27

Sekretariat erreichbar Di, Mi, Do 17.30 – 18.30 Uhr unter Tel: 0160 92 88 99 88

Anmeldung per mail bitte an: [dr.schroth@schroth-apv.com](mailto:dr.schroth@schroth-apv.com) // per Fax: 03212 7290025