

Verbindliche Anmeldung zur Fortbildung in PSYCHOSOMATISCHER GRUNDVERSORGUNG

Name, Vorname _____

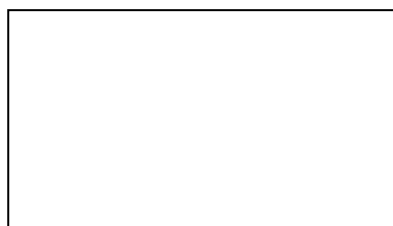
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

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