

# ANMELDUNG

## Berufsbegleitendes Ärzteseminar für Anthroposophische Medizin (BÄfAM VII)

Vorname, Name: .....  
Titel: .....  
Straße: .....  
PLZ, Ort: .....  
Telefon: .....  
e-mail: .....  
Assistenzarzt: Fach.....Jahr.....  
Facharzt für: .....  
Praxis / Krankenhaus: .....

Bitte ein Passfoto  
mitsenden oder  
nachschieken für  
eine Fotoliste zum  
Kennenlernen!

Hiermit melde ich mich **verbindlich für das gesamte Seminar** beginnend im Herbst 2025 bis Ende 2027 an. Ich zahle folgenden Teilnehmerbeitrag:

Normalpreis 5.900 €       Normalpreis für Vereinsmitglieder 5.400 €  
 Ermäßigter Preis\* 4.400 €       Ermäßigter Preis\* für Vereinsmitglieder 3.900 €

\*für Assistenzärzte aus Krankenhäusern, die Fördermitglied sind  
Frühbucher (verbindliche Anmeldung für das ganze Seminar bis 01.06.2025) erhalten eine zusätzliche Ermäßigung von 100,- Euro

**Weitere Ermäßigungen sind über Stipendien** möglich.

- für **Assistenzärzt:innen, Albertus Magnus Stipendium**: <https://www.gaed.de/aam/ausbildung/ams>

- für **Studierende, Initiative für Ausbildung in Anthroposophischer Medizin**:

<https://www.ifaam.org/foerderungen/medizinstudierende/foerderstipendium/>

Beim Verein handelt es sich um eine Fördermitgliedschaft. Weitere Verpflichtungen sind damit nicht verbunden. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 100,- € pro Jahr (50,- € für Studierende). Die Zuwendungen sind steuerlich absetzbar.

Ich bitte um Zusendung weiterer Informationen zum gemeinnützigen Verein zur Förderung von Lehre und Forschung in der anthroposophischen Medizin e.V.

Hiermit melde ich mich **verbindlich zunächst nur zum Schnupper-Wochenende** vom **19.09. bis 21.09.2025** an. Ich zahle folgenden Teilnehmerbeitrag:

Normalpreis 440 €  
 Ermäßigter Preis\* 340 € (s.o.)

Die Kosten werden bei Teilnahme am gesamten Seminar angerechnet.

### Zahlungsweise (bitte IBAN und BIC angeben)

Institut ..... Kontoinhaber .....

IBAN ..... BIC .....

- per Bankeinzug       gesamte Zahlung bis 1/2026  
 jährliche Rate (insgesamt 2 Raten) jeweils bis 1/2026 und 1/2027  
 1/2 jährliche Rate (insgesamt 4 Raten) jeweils bis 12/2025; 6/2026; 12/2026 und 6/2027  
 monatliche Rate (insgesamt 24 Raten) ab 11/2025 bis 10/2027

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Apo-Bank Dortmund, IBAN DE36 3006 0601 0006 0145 77, BIC DAAEDEDXXX  
Verein zur Förderung von Lehre und Forschung in der AM  
**Stichwort: Baefam VII**

bitte senden an

Berufsbegleitendes Ärzteseminar  
für Anthroposophische Medizin (BÄfAM)  
c/o Gemeinschaftskrankenhaus  
Gerhard-Kienle-Weg 4  
58313 Herdecke

oder im pdf-Format an:

[info@baefam.de](mailto:info@baefam.de)