

ANMELDUNG

Berufsbegleitendes Ärzteseminar für Anthroposophische Medizin (BÄfAM V)

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 2018 bis Ende 2020 an. Ich zahle folgenden Teilnehmerbeitrag:

<input type="checkbox"/> Normalpreis	4.320 €	<input type="checkbox"/> Normalpreis für Vereinsmitglieder	3.900 €
<input type="checkbox"/> Ermäßigter Preis*	3.000 €	<input type="checkbox"/> Ermäßigter Preis* für Vereinsmitglieder	2.580 €

*für Assistenzärzte aus Krankenhäusern, die Fördermitglied sind, oder auf Antrag Frühbucher (verbindliche Anmeldung für das ganze Seminar bis 30.04.2018) erhalten eine zusätzliche Ermäßigung von 100,- Euro
Studenten und Wenigverdienende können eine weitere Ermäßigung beantragen

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

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 Kennenlern-Wochenende** vom **21.09. bis 23.09.2018** an. Ich zahle folgenden Teilnehmerbeitrag:

<input type="checkbox"/> Normalpreis	370 €
<input type="checkbox"/> Ermäßigter Preis*	260 € (s.o.)

Die Kosten werden bei Teilnahme am gesamten Seminar angerechnet.

Zahlungsweise (bitte **IBAN** und **BIC** angeben)

Institut..... Kontoinhaber
IBAN BIC.....

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> per Bankeinzug | <input type="radio"/> gesamte Zahlung bis 1 /2019 |
| <input type="radio"/> jährliche Rate (insgesamt 2 Raten) | jeweils bis 1/2019 und 1/2020 |
| <input type="radio"/> 1/2 jährliche Rate (insgesamt 4 Raten) | jeweils bis 12/2018; 6/2019; 12/2019 und 6/2020 |
| <input type="radio"/> monatliche Rate (insgesamt 24 Raten) | ab 11/2018 bis 10/2020 |

(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 V

bitte senden an

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

oder per FAX an:
02330 62 40 61