

## Weiterbildungskreis Homöopathie Celle

Homöopathische Arztpraxen, Hannoversche Straße 31, 29221 Celle, Tel. 05141 – 41081

### Anmeldeformular für die homöopathischen Fallseminare und die Freitagssupervisionen 2016 in Celle

Hiermit melde ich mich für folgende Veranstaltungen verbindlich an:

**Homöopathische Fallseminare 2017:** jeweils samstags von **10:00 – 17:30 Uhr**

11.02.2017  29.04.2017

02.09.2017  18.11.2107

Die Kursgebühr für eine **Einzelanmeldung** beträgt 140,00 € pro Kurs (Mitglieder DZVhÄ = 125,00€).

Die Kurse können auch im **Viererblock** gebucht werden und kosten dann:

480,00 € (Mitgl. DZVhÄ = 440,00 €). Die Kursgebühr hierfür bitte bis zum **27.01.2017** entrichten!

Bitte denken Sie daran, sich auch bei Einzelanmeldung wegen der Mindestteilnehmerzahl jeweils mindestens 3 Wochen vor Kursbeginn anzumelden sowie die Kursgebühr zu überweisen!

---

**Supervisionen 2017**

jeweils freitags von **16:00 – 20:00 Uhr**

10.02.2017  28.04.2017

01.09.2017  17.11.2017

Die Kursgebühr beträgt 70,00 € (Mitglieder des DZVhÄ = 60,00 €).

Bitte denken Sie daran, sich wegen der Mindestteilnehmerzahl mindestens 3 Wochen vor Kursbeginn anzumelden sowie die Kursgebühr zu überweisen!

---

Homöopathische Arztpraxen Celle  
Hannoversche Straße 31  
29221 Celle  
Tel: 05141 – 41081  
Fax: 05141 – 41085

Seminarkonto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
IBAN DE75 3006 0601 0001 9358 01  
BIC DAAEDEDXXX

[www.homoeopathische-arztpraxen.de](http://www.homoeopathische-arztpraxen.de)

**Mit Ihrer Anmeldung erklären Sie sich mit folgenden Anmeldebedingungen einverstanden:**

**Wir verschicken keine Anmeldebestätigung!**

**Ihre Anmeldung ist erst nach dem Eingang Ihrer Kursgebühr auf dem unten genannte Konto verbindlich.**

Bei **Absage durch den Veranstalter** werden eingezahlte Gelder ohne Abzug zurück überwiesen.

**Bis 2 Wochen vor Beginn** ist ein **Rücktritt** mit einer Bearbeitungsgebühr von 30,00€ möglich.

Bei einer **Stornierung von weniger als 2 Wochen zuvor** wird die volle Gebühr fällig.

Bei Stornierung eines **Einzeltermins** innerhalb des „Viererblockes“ wird die Teilnahmegebühr für die drei anderen Termine rückwirkend als Einzeltermine berechnet, entsprechend verringert sich die Rückzahlung für den nicht wahrgenommenen Termin.

Bei **Barzahlung**, z. B. im Fall einer sehr kurzfristigen Anmeldung oder bei versäumter Überweisung, wird ein Barzahlungsaufschlag von 20,00€ erhoben.

Überweisen Sie Ihre Kursgebühr bitte **spätestens 3 Wochen vor Kursbeginn** auf das Seminarkonto der Homöopathischen Arztpraxen Celle:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank

IBAN DE75 3006 0601 0001 9358 01

BIC DAAEDEDXX

Ich überweise folgenden Betrag: \_\_\_\_\_

Ich bin Mitglied im DZVhÄ

Ich bin kein Mitglied im DZVhÄ

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Die Anmeldung der Einfachheit halber bitte als E-Mail-Anhang schicken – in diesem Fall ist sie ohne Unterschrift und Stempel gültig.

Oder: Bitte sehr leserlich schreiben und per Fax schicken an 05141 – 41085. DANKE!!

Falls Sie Fragen oder Anregungen haben, melden Sie sich bitte bei:

Isa Eikenbusch

Ärztin Homöopathie

Homöopathische Arztpraxen

Hannoversche Straße 31 29221 Celle

Tel. 05141 41081

Mail: isa.eikenbusch@t-online.de

---

Homöopathische Arztpraxen Celle  
Hannoversche Straße 31  
29221 Celle  
Tel: 05141 – 41081  
Fax: 05141 – 41085

---

Seminarkonto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
IBAN DE75 3006 0601 0001 9358 01  
BIC DAAEDEDXX

[www.homoeopathische-arztpraxen.de](http://www.homoeopathische-arztpraxen.de)