

# Anmeldung zu Kursen des BVhÄ

Fax: 0 30 / 86 20 99 40

Name, Vorname .....  
Anschrift .....  
Telefon / Fax .....  
Mail .....

Kursstufe / Datum **D vom 15. – 19. März 2017** in Berlin

Der Kursbeitrag in Höhe von  € 450,--  € 385,-- Mitglied des DZVhÄ im Landesverband:  
.....  
(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen)

soll vor Kursbeginn durch den BVhÄ von meinem Konto abgebucht werden (bitte IBAN **und** BIC angeben)

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>IBAN</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Ich bin mit den Anmeldebedingungen einverstanden.

..... Datum ..... Unterschrift + Stempel

---

## Dozenteninformation

Name, Vorname.....

Kursstufe / Datum **D vom 15. – 19. März 2017** in Berlin

Freiwillige Angaben:  
Facharztausbildung

Ja, Gebiet:.....  Nein

jetzige Tätigkeit  Klinik  Praxis  Gebiet

Beschäftigung mit Homöopathie seit: .....

Beschäftigung mit dem Repertorium seit: .....

Zusatzbezeichnung „Homöopathie“  Ja, seit .....  Nein

Dreijahreskurs  ja,  1. Jahr  2. Jahr  3. Jahr  Nein

Dozent / Schule .....

Bisher absolvierte Kurse A B C D E F

(Die **A/B/C-Kurse** bauen thematisch aufeinander auf und sind **in dieser Reihenfolge** und noch **vor** den D/E/F-Kursen zu absolvieren.)

Andere Kurse: .....

Die Zusatzinformationen dienen den Dozenten zur besseren Vorbereitung, um den Wissensstand der Teilnehmer vorher einschätzen zu können und den zu vermittelnden Inhalt besser anzupassen.