

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

Kurstufe / Datum E vom 28. September – 02. Oktober 2016 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

Table with 17 columns and 1 row for IBAN entry

Wir weisen darauf hin, dass die einschlägigen Vorschriften des Datenschutzes (Schweigepflicht, Sozialdatenschutz, Schutz von personenbezogenen Daten) bei Vorstellungen von Behandlungsfällen oder anderweitiger Bekanntgabe von mit Patienten in Verbindung stehenden Informationen unbedingt einzuhalten sind.

Ich bin mit den Anmeldebedingungen einverstanden.

.....
Datum Unterschrift + Stempel

Dozenteninformation

Name, Vorname .....

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.