

Name, Vorname

Anschrift

Telefon / Fax

Mail

Kursstufe / Datum **F vom 05. – 09. April 2017** in Berlin

(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen)

Der Kursbeitrag in Höhe von ☐ € 450,-- ☐ € 385,-- Mitglied des DZVhÄ im Landesverband:

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

IBAN																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ich bin mit den Anmeldebedingungen einverstanden.

.....
Datum

.....
Unterschrift + Stempel

Dozenteninformation

Name, Vorname

Kursstufe / Datum **F vom 05. – 09. April 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.