Anmeldung zu Kursen des BVHÄ

Fax: 0 30 / 86 20 99 40

Name, Vorname .....

Anschrift .....

Telefon / Fax .....

Mail .....

Kursstufe / Datum **F vom 13. – 17. April 2016** 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																							

BIC								

Ich bin mit den Anmeldebedingungen einverstanden.

....
Datum Unterschrift + Stempel

Dozenteninformation

Name, Vorname .....

Kursstufe / Datum **F vom 13. – 17. April 2016** 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.