

■ **Anmeldung**

Gruppe/Workshop/Seminar:

Termin/e:

Name/n:

Adresse/n:

Tel. dienstl.:

Tel. priv.:

Fax:

Email:

Alter:

Familienstand:

Beruf/e und Tätigkeit/en:

Ich melde mich/wir melden uns hiermit verbindlich an.

Datum/Unterschrift/en:

Einzugsermächtigung:

Ich erteile hiermit die Erlaubnis zur Abbuchung des Teilnahmebetrag
(lt. Teilnahmebedingungen) von meinem Konto

Konto-Nr.

BLZ

bei

Ort/Datum/Unterschrift/en:

Bei Fortbildungsangeboten:

Ich wünsche die Fortbildungspunkte der LPK/Ärztchammer und bin bereit dafür einen
prozentualen Kostenanteil zu leisten (bitte ankreuzen):

Ja [] Nein []

Bitte senden oder faxen Sie diese Anmeldung an:

Praxis Dr. Jellouschek

Baumgartenring 7

72119 Ammerbuch

Fax 07073-2521