

■ **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 Teilnahmebetrags  
(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

2119 Ammerbuch

Fax 07073-2521