

## ■ 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  
(It. Teilnahmebedingungen) von meinem Konto

IBAN

BIC

bei

.....

**Ort/Datum/Unterschrift/en:**

.....

.....

*Bitte senden oder faxen Sie diese Anmeldung an:*

Praxis Dr. Jellouschek

Baumgartenring 7

72119 Ammerbuch

Fax 07073-2521