

**Verbindliche Anmeldung zur Fortbildung
CURRICULUM PSYCHOSOMATISCHE GRUNDVERSORGUNG**

Name, Vorname _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Privat-Anschrift PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Praxisstempel:

Telefon: _____ Fax: _____

Beginn der ärztlichen Tätigkeit: _____

Jetzige ärztliche Funktion: _____

Erfahrungen in BALINT-Gruppenarbeit: Ja Nein

Erfahrungen in psychotherap. Weiterbildung Ja Nein

Die Teilnahmegebühr von 1.195.-- €

überweise ich auf das Konto Nr. 12856
bei der Kreis- und Stadtparkasse Speyer
BLZ 547 500 10

Datum, Unterschrift