

Anmeldung

Bitte senden oder faxen an:

Fax 040 – 611 828 03

Praxis am Rockenhof
Frank O. Lippmann
Facharzt f. Psychosom. Medizin u. Psychotherapie
Rockenhof 5

22359 Hamburg

Workshop „Selbstsorge für Ärzte“

von _____ bis _____ in _____ Teilnahmebetrag _____ Eur

Titel/ Vorname/ Name _____ Fachrichtung _____

Straße _____ PLZ/ Ort _____

Telefon dienstlich _____ Telefon privat/ Handy _____

e-mail _____

Teilnahmebetrag

- bitte per Lastschrifteinzug abbuchen (s. u.)
- Ich überweise den Betrag bis spätestens 4 Wochen vor Seminarbeginn auf das u. g. Konto

Bankverbindung:
Frank O. Lippmann, Konto 000 3900 940, BLZ 300 606 01,
Deutsche Apotheker- u. Ärztebank

Hinweis: Die Anmeldung wird erst mit Zahlung des Teilnahmebetrags gültig. Bei Rücktritt ist eine Rückerstattung nur dann möglich, wenn ein geeigneter Ersatzteilnehmer nachrücken kann.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Bankeinzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich Herrn Frank O. Lippmann, für den Workshop „Selbstsorge für Ärzte“ in

von _____ bis _____ den Teilnahmebetrag in Höhe von _____ € von meinem Konto abzubuchen.

Name des Kontoinhabers _____

Kontonummer _____ kontoführendes Kreditinstitut _____ Bankleitzahl _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____