

Anmeldung

Bitte senden oder faxen an:

Fax 040 – 611 828 03

Praxis
Frank O. Lippmann
Facharzt f. Psychosom. Medizin u. Psychotherapie
Wiesenhöfen 3

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