

# Anmeldung

Bitte senden oder faxen an

Fax 040 – 611 828 03

Praxis  
Frank O. Lippmann  
Wiesenhöfen 3

22359 Hamburg

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende(s) Seminar(e) an:  
**Focusing** für ÄrztInnen, PsychologInnen und TherapeutInnen an:

**Einführungsseminar** in \_\_\_\_\_

**Seminare II-V** Aktuelle Termine bitte erfragen in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Beruf

\_\_\_\_\_  
Straße PLZ/ Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon dienstlich Telefon privat/ Handy e-mail

Die Seminare II-V werden nur als Gesamtpaket angeboten. Voraussetzung dafür ist die Teilnahme am Einführungsseminar.

**Seminar II**                      **Seminar III**                      **Seminar IV**                      **Seminar V**  
Aktuelle Termine bitte erfragen

Die Teilnahmegebühren sind jeweils im Voraus zu überweisen.

Die Teilnahmegebühr in Höhe von 380,00 € für das Einführungsseminar werde ich bis spätestens 4 Wochen vor Seminarbeginn überweisen.

**Bankverbindung:**

Frank O. Lippmann, Deutsche Apotheker- u. Ärztebank  
IBAN: DE31300606010003900940  
BIC: DAAEDEDXXX

**Rücktrittsbedingungen**

Ein Rücktritt von meiner Anmeldung ist bis 4 Wochen vor Seminarbeginn möglich (30,00 € Bearbeitungsgebühr) Danach wird die volle Teilnahmegebühr fällig, es sei denn, ich stelle ein(e) Ersatzteilnehmer(in).

Mit den o.g. Rücktrittsbedingungen bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift