

# Anmeldung Psychosomatische Grundversorgung

Name:.....

Vorname:.....

Geb. Datum:.....Fachrichtung:.....

PLZ / Ort:.....Straße:.....

Telefon privat:.....

Telefon dienstlich:.....

Telefon Mobil:.....

Fax:.....

Email:.....

Datum / Unterschrift.....

Die Anmeldung gilt als verbindlich nach Überweisung der Kursgebühr in Höhe von € 680.-

Termine:

Teil 1 .....

Teil 2 .....

Seminarort:

Praxis  
Dr. med. Regine Scherer-Renner  
Kaiserplatz 11  
80803 München  
scherer-renner@gmx.de  
adriane@heldrich-juchheim.de

**Beginn: Freitag 15:30**

**Ende: Sonntag 18:00**

**Gebühr für Teil 1 und Teil 2: € 680.-**

Bankverbindung:  
Dr. med. Regine Scherer-Renner  
HypoVereinsbank  
IBAN DE07700202706470313526  
BIC HYVEDEMMXXX