

ANMELDUNG
BÄfAM-Continue
Einzelwochenenden / BÄfAM-Akademie

Name, Vorname:		
Titel:		
Straße:		
PLZ, Ort:		
Telefon:		
e-mail:		
Assistenzarzt:	Fach	Jahr
Facharzt für:		
Praxis/Krankenhaus:		

Hiermit melde ich mich **für die BÄfAM-Akademie** an.
Dies beinhaltet die *Teilnahme* an den BÄfAM-C Wochenenden (2 x pro Jahr) **und**
an *einem IBAM-Wochenseminar oder zwei IBAM-Wochenenden pro Jahr.*

Normalpreis 400 € pro Kalenderjahr

für Vereinsmitglieder 300 € pro Kalenderjahr

Eine Kündigung der Akademiemitgliedschaft ist jeweils bis zum 30.09. eines Kalenderjahres möglich. Ohne Kündigung verlängert sich die Mitgliedschaft um ein Kalenderjahr.

Beim Verein handelt es sich um eine Fördermitgliedschaft. Weitere Verpflichtungen sind damit nicht verbunden. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 100,- € / jährlich (50,- € für Studierende).

Ich bitte um Zusendung weiterer Informationen zum gemeinnützigen Verein zur Förderung von Lehre und Forschung in der anthroposophischen Medizin e.V.

Hiermit melde ich mich für das/die angekreuzte/n Wochenende/n an:	Ich bezahle folgenden Teilnehmerbeitrag
<input type="checkbox"/> Einzelwochenende 1/2023 (05.-07.05.2023) Thema folgt	<input type="checkbox"/> Normalpreis 250 € <input type="checkbox"/> für Vereinsmitglieder 200 € <input type="checkbox"/> Akademiemitglied
<input type="checkbox"/> Einzelwochenende 2/2023 (13.-15.10.2023) Thema folgt	<input type="checkbox"/> Normalpreis 250 € <input type="checkbox"/> für Vereinsmitglieder 200 € <input type="checkbox"/> Akademiemitglied

Zahlungsweise

per Überweisung, bei Anmeldung für Einzelwochenende

Bei Akademiemitgliedschaft wahlweise

per Überweisung *oder*

per Bankeinzug jährliche Rate ½-jährliche Rate

Institut..... Kontoinhaber

IBAN BIC

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Bankverbindung: Apo-Bank Dortmund
IBAN: DE36 3006 0601 0006 0145 77, BIC DAAEDEDXXX
Verein zur Förderung von Lehre und Forschung in der AM

Stichwort: BÄfAM-Akademie

bitte senden an

Berufsbegleitendes Ärzteseminar
für Anthroposophische Medizin (BÄfAM)
BÄfAM-Akademie –
c/o Gemeinschaftskrankenhaus
Gerhard-Kienle-Weg 4
58313 Herdecke

oder per FAX an:

02330 62 40 61