



DR. MED. DAGMAR GRENTRUP

FACHÄRZTIN
FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN
UND PSYCHOTHERAPIE

ANMELDUNG

ganz einfach per Fax 0228.9768770

SUPERVISION

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Fortbildung
„Psychosomatische Grundversorgung“ zu den Terminen

an. Bitte Hier die Termine eintragen

Name Vorname Geburtsdatum

Fachrichtung Bitte ankreuzen: Praxis Klinik

Privat:

Straße PLZ und Ort

Telefon Fax

E-Mail

Beruflich zu erreichen unter:

Telefon E-Mail

Teilnahmegebühr:

Ich zahle die Teilnahmegebühr von insgesamt 850 Euro per Lastschrift von folgendem Konto:

Inhaber Kto.-Nr. BLZ, Bank

Ich zahle (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- den Gesamtbetrag (Abbuchung unmittelbar vor Beginn der ersten Veranstaltung - 3 % Skonto)
- in 2 Raten zu je 425,- Euro (Abbuchung unmittelbar vor Beginn der ersten Veranstaltung sowie am Anfang des 4. Monats des von mir gebuchten Kurses)

Balintgruppe (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- Ich nehme bereits teil (habe bereits teilgenommen) an einer Balintgruppe
- Ich bitte um Vermittlung eines Platzes in einer anerkannten Balintgruppe

Rücktrittsbedingungen

Der Rücktritt vom Gesamtcurriculum ist bis spätestens 15 Werktage vor Beginn des Kurses gegen eine Bearbeitungsgebühr von 75 Euro möglich. Nicht wahrgenommene Einzeltermine können ohne zusätzliche Kosten in einem der folgenden Semester nach vorheriger Absprache themenbezogen nachgeholt werden.

SEMINARE

FORTBILDUNG