

Anmeldung



Seminarreihe

Akupunktur und TCM bei Infertilität und unerfülltem Kinderwunsch Düsseldorf

DGRM Geschäftsstelle
Amsterdamer Weg 78

44269 Dortmund

Fax 0231-906 24 51

Hiermit melde ich mich verbindlich für die folgenden Veranstaltungen an (bitte ankreuzen):

- Grundlagen**, 17.–18. Oktober 2009 **Diagnostik**, 21.–22. November 2009
 Therapie der Infertilität I, 6.–7. Februar 2010 **Therapie der Infertilität II**, 1.–2. Mai 2010

Nachname, Titel _____
Vorname _____
ggf. Klinik _____
Straße, Hausnr. _____
PLZ, Ort _____
Telefon/Fax _____

- Niedergelassen
 Klinik
 Anderes

Die Teilnehmergebühr (inkl. Verpflegung und Kursunterlagen) in Höhe von _____

- 350,- €** je Einzelseminar **Summe:** _____
 1.400,- € Gesamt
 1320,- € Frühbucherrabatt bis Ende Juni 2009

Reservierungen können nur durch Erteilung der Einzugsermächtigung in Höhe des Gesamtbetrages vorgenommen werden. Die Teilnehmergebühr beinhaltet Verpflegung und Kursunterlagen.

Rücktrittsbedingungen:
Ersatzweise kann eine andere – durch Sie vermittelte – Person das gebuchte Arrangement wahrnehmen, ohne dass Mehrkosten entstehen. Ansonsten sind zu zahlen: 50% der Anmeldegebühren bis 2 Wochen vor dem Kurstermin, 100% ab einer Woche vor dem Kurstermin.

begleiche ich per Lastschriftinzugsermächtigung

Datum, Unterschrift _____

Lastschriftinzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtende Beitragsgebühr zur oben genannten Tagung in Höhe von _____

_____ Betrag in Euro
zu Lasten meines Kontos
Kontonummer _____
BLZ _____
Kreditinstitut _____

durch Lastschrift einzuziehen.

Datum, Unterschrift _____

Zahlungsempfänger
DGRM Geschäftsstelle
Amsterdamer Weg 78
44269 Dortmund

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.