IPO BONN
INSTITUT FÜR PSYCHOSOMATISCHE GRUNDVERSORGUNG UND PSYCHOSOZIALE ONKOLOGIE, BONN

# A N M E L D U N G

ganz einfach **per Fax 0228. 9768770**

Hiermit melde ich mich an zum Kurs **„Psychosomatische Grundversorgung“**, **Kurs Nr.**_____.

**Bitte ankreuzen:** ☐ Im Rahmen meiner Facharztweiterbildung ☐ als Facharzt / niedergelassener Arzt

## Teilnehmerdaten

| Name | Vorname | Geburtsdatum |
|---|---|---|
| Fachrichtung | **Bitte ankreuzen:** ☐ Praxis ☐ Klinik | Geburtsort |
| Straße | PLZ und Ort | |
| Telefon | Handy | Email: |

## Balintgruppe (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Ich werde auch an der Balintgruppe teilnehmen. ***(obligatorisch i. R. der Facharztweiterbildung)***

☐ ***(Nur für Fachärzte!)*** Ich besuche bereits eine Balintgruppe / habe eine Balintgruppe besucht bei:

## Teilnahmegebühr

Die Teilnahmegebühr beträgt **1.520,00€ inclusive Balintgruppe** (80 UE je 19€) oder ***950,00€ ohne Balintgruppe*** (50 UE je 19€) und wird gezahlt vom

☐ **Arbeitgeber**

Rechnungsanschrift des Arbeitgebers

Rechnungsanschrift des Arbeitgebers

☐ **Teilnehmer**

**Bitte ankreuzen**

☐ per Abbuchung des Gesamtbetrages 4 Wochen vor Kursstart unter Abzug von 2% Skonto

☐ per Abbuchung in 2 gleichen Raten, 4 Wochen vor Kursstart und 3 Monate nach Kursstart.

Die Lastschriftabbuchung soll erfolgen von folgendem Konto:

| Kontoinhaber | Name der Bank |
|---|---|
| BLZ | Kontonummer |

IBAN DE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BIC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

**Rücktrittsbedingungen**
Der Rücktritt vom Gesamtcurriculum ist bis spätestens 21 Werktage vor Beginn des Kurses gegen eine Bearbeitungsgebühr von 50 € möglich.
Bei Nichtantreten des Kurses ohne Abmeldung ist die gesamte Kursgebühr fällig.

Ort und Datum Unterschrift

Bertha-von-Suttner-Platz 6 · 53111 Bonn
Telefon: 0228. 695418 / Fax: 0228. 9768770 / Email: info@psgv.de / Internet: www.psychosomatische-grundversorgung.de