

ANMELDUNG

Berufsbegleitendes Ärzteseminar für Anthroposophische Medizin (BÄfAM VII)

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

Bitte ein Passfoto
mitsenden oder
nachschieken für
eine Fotoliste zum
Kennenlernen!

Hiermit melde ich mich **verbindlich für das gesamte Seminar** beginnend im Herbst 2024 bis Ende 2026 an. Ich zahle folgenden Teilnehmerbeitrag:

- | | | | |
|--|---------|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Normalpreis | 5.900 € | <input type="checkbox"/> Normalpreis für Vereinsmitglieder | 5.400 € |
| <input type="checkbox"/> Ermäßigter Preis* | 4.400 € | <input type="checkbox"/> Ermäßigter Preis* für Vereinsmitglieder | 3.900 € |

*für Assistenzärzte aus Krankenhäusern, die Fördermitglied sind
Frühbucher (verbindliche Anmeldung für das ganze Seminar bis 01.07.2024) erhalten eine zusätzliche Ermäßigung von 100,- Euro

Weitere Ermäßigungen sind über Stipendien möglich.

- für **Assistenzärzt:innen, Albertus Magnus Stipendium**: <https://www.gaed.de/aam/ausbildung/ams>

- für **Studierende, Initiative für Ausbildung in Anthroposophischer Medizin**:

<https://www.ifaam.org/foerderungen/medizinstudierende/foerderstipendium/>

Beim Verein handelt es sich um eine Fördermitgliedschaft. Weitere Verpflichtungen sind damit nicht verbunden. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 100,- € pro Jahr (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 **verbindlich zunächst nur zum Schnupper-Wochenende** vom **13.09. bis 15.09.2024** an. Ich zahle folgenden Teilnehmerbeitrag:

- | | |
|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Normalpreis | 440 € |
| <input type="checkbox"/> Ermäßigter Preis* | 340 € (s.o.) |

Die Kosten werden bei Teilnahme am gesamten Seminar angerechnet.

Zahlungsweise (bitte **IBAN** und **BIC** angeben)

Institut..... Kontoinhaber

IBAN BIC.....

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> per Bankeinzug | <input type="radio"/> gesamte Zahlung bis 1/2025 |
| <input type="radio"/> jährliche Rate (insgesamt 2 Raten) | jeweils bis 1/2025 und 1/2026 |
| <input type="radio"/> 1/2 jährliche Rate (insgesamt 4 Raten) | jeweils bis 12/2024; 6/2025; 12/2025 und 6/2026 |
| <input type="radio"/> monatliche Rate (insgesamt 24 Raten) | ab 11/2024 bis 10/2026 |

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

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

bitte senden an

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

oder im pdf-Format an:

info@baefam.de