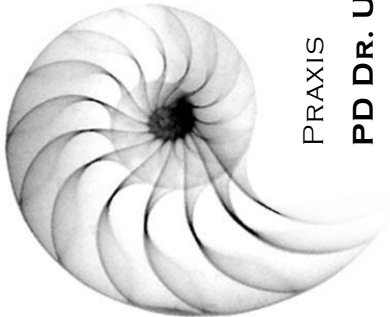


# Anmeldung

Absender:

Name  Vorname   
Straße  PLZ / Ort   
Tel./Fax  Email   
Beruf / Ausbildung   
EFN (Einheit. Fortbildungs-Nr.)



PRAXIS  
**PD DR. UWE H. ROSS**  
**LUISENSTRASSE 6**  
**D-79098 FREIBURG**

**PER FAX: 0761-70 77 322**

## Anmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende Veranstaltung(en) an:

*SelfCare*

### Hypno-systemische Selbststeuerung

Termin:  01.-02.12.2023

*Fortbildung*

### I. Medizinische Hypnose (I-III)

- Basisseminar Termin: 13.-14.10.2023  
 Aufbauseminar Termin: 17.-18.11.2023  
 Vertiefungsseminar Termin: 09.-10.02.2024

### II. Arbeit mit inneren Anteilen

Termin:  30.06. - 01.07.2023

**Seminar-Gebühr:** 350 EUR

**Veranstaltungsumfang:** 16 UE / Arbeitsstunden

Ich habe den Betrag von \_\_\_\_\_ € mit Angabe des Seminartitels überwiesen:

**Sparkasse Freiburg (BLZ 680 501 01)**  
**Kto. 12217142**  
**IBAN: DE 73 6805 0101 0012 2171 42**  
**BIC: FRSPDE 66**

Nach Eingang der Veranstaltungsgebühr ist die Anmeldung für uns verbindlich. Danach erhalten Sie eine Anmeldebestätigung und ggf. weitere Unterlagen.

Ein Rücktritt ist bis 4 Wochen vor Veranstaltungsbeginn gegen eine Bearbeitungsgebühr von 50 € möglich. Danach wird die gesamte Veranstaltungsgebühr einbehalten, sofern nicht ein(e) ErsatzteilnehmerIn den Platz einnimmt.

Ich erkläre unter Anerkennung dieser Bedingungen, dass ich in der Lage bin, selbstverantwortlich an der jeweiligen Veranstaltung teilzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift