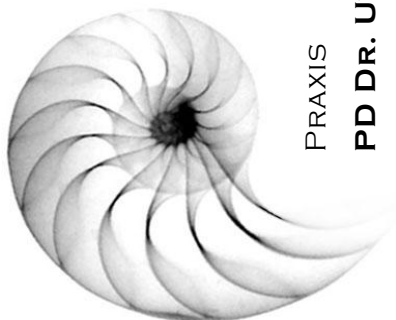


# Anmeldung

Absender:

Name	Vorname
Straße	PLZ / Ort
Tel./Fax	Email
Beruf / Ausbildung	

EFN (Einheitl. 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: ☐ 04.-05.12.2026

*Fortbildung*

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

#### Präsenz

<input type="checkbox"/> Basisseminar	Termin: 06.-07.03.2026
<input type="checkbox"/> Aufbauseminar	Termin: 24.-25.04.2026
<input type="checkbox"/> Vertiefungsseminar	Termin: 12.-13.06.2026

#### Online

<input type="checkbox"/> Basisseminar	Termin: 08.-09.05.2026
<input type="checkbox"/> Aufbauseminar	Termin: 20.-21.02.2026
<input type="checkbox"/> Aufbauseminar	Termin: 06.-07.11.2026

### II. Arbeit mit inneren Anteilen – Ein aktuelles Methoden-Spektrum

Termin: ☐ 23.-24.01.2026

☐ 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