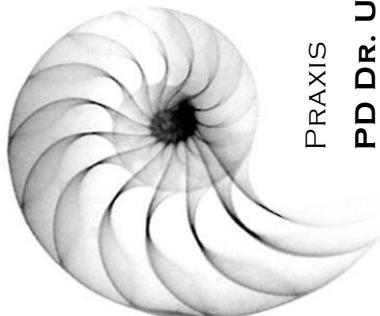


Anmeldung

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
Hypo-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