Anmeldeformular zur BALINTGRUPPE

Gem. den Richtlinien soll die Balintgruppe mindestens einmal im Monat stattfinden und sich über mindestens 6 Monate erstrecken.
Ein Termin beinhaltet 2 Doppelstunden; also 4 Balintstunden.
Für die geforderten 30 Stunden Balintgruppe benötigen Sie somit insg. 8 Termine.

Sobald Ihre schriftliche Anmeldung (am besten per E-Mail an pspraxis@aol.com) vorliegt, erhalten Sie eine Bestätigung Ihrer Teilnahme sowie die Rechnung für den 1. Block (= 4 Termine) über € 352,00.
Die Rechnung für den 2. Block (= 4 Termine) ebenfalls über € 352,00, erhalten Sie zu einem späteren Zeitpunkt. Der Rechnungsbetrag ist rechtzeitig vor dem ersten Termin per Überweisung zu begleichen, da sonst kein Anspruch auf die Teilnahme besteht.

Sollten Sie einen reservierten Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte bis spätestens 2 Tage (Sa., So. und gesetzl. Feiertage ausgenommen) vor dem Termin. Ansonsten wird Ihnen die Fehlzeit für diese Veranstaltung mit einem Betrag in Höhe von € 88,00 in Rechnung gestellt.

Bitte bringen Sie zu jedem Termin einen EFN-BarCode-Aufkleber mit. Nur so können wir die erworbenen Punkte Ihrem Fortbildungskonto gutschreiben lassen.
Nach jedem Veranstaltungstermin, an dem Sie komplett teilgenommen haben, erhalten Sie eine Teilnahmebescheinigung über 4 Balintstunden ausgehändigt. Nach Ihrem letzten Balinttermin erhalten Sie von uns zusätzlich ein Gesamtattest.

Sollte die maximale Teilnehmerzahl einer Veranstaltung erreicht sein, werden wir Sie umgehend darüber informieren um einen neuen Termin für Ihre Teilnahme zu finden.

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende Balintgruppe an:
Veranstaltungsort: Praxis Dr. Stjepan Pervan, Humboldtstr. 25, D-60318 Frankfurt/M.
Samstag: 9.30 Uhr – 12.30 Uhr, an allen anderen Tagen: 17.00 Uhr – 20.00 Uhr

Bitte kreuzen Sie Ihre Wunschtermine an:

Fr., 15.12.23	Sa., 16.12.23							
Fr., 12.01.24	Sa., 13.01.24	Fr., 02.02.24	Sa., 03.02.24	Fr., 01.03.24	Sa., 02.03.24	Fr., 19.04.24	Sa., 20.04.24	Mi., 08.05.24
Mi., 15.05.24	Sa., 18.05.24							

Ich benötige insgesamt _____ Stunden

◯ **Herr /** ◯ **Frau**

Name, Vorname (+Titel):_____ geb.:_____

Straße, PLZ + Ort:_____

Tel./Mobil: _____ **E-Mail:** _____

→ Ich habe von diesem Kurs erfahren durch/über _____

Ich bin .....

|__| Fachärztin/-Arzt im Klinikdienst, Fachbereich .....
|__| Niedergelassene Ärztin/Arzt für .....
|__| Anderes (bitte nennen) .....

.....

Ort / Datum / Unterschrift - Stempel

Dr. Stjepan Pervan Humboldtstr. 25 60318 Frankfurt/M. Tel.+Fax: 069/59790709
pspraxis@aol.com www.psychosomatik-pervan.de