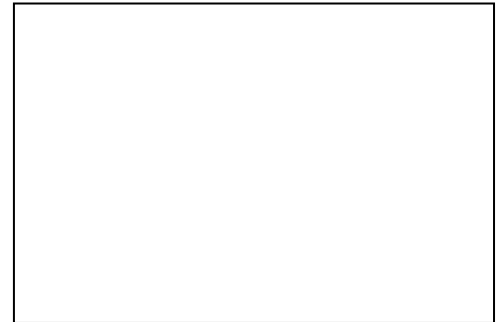


Anmeldeformular für Seminare von FOM / EANUM (Seite 1):

An das
FOM-Büro
Kruchenhausen 35

83246 Unterwössen

Fax: 00498641/698939
Mail : webmaster@f-o-m.de



Absenderstempel (leserlich)

Antwort (per Fax, Post, mail)

Ich melde mich verbindlich für folgende Kurse der Ausbildung zum A-Diplom Orthomolekular-Therapie an:

<input type="checkbox"/>	Ich buche Kursblock A-Diplom als Paket aus 4 Seminaren (bitte ggf. mit ankreuzen)		
<input type="checkbox"/>	Kurs 1 in:	Datum: Personen
<input type="checkbox"/>	Kurs 2 in:	Datum: Personen
<input type="checkbox"/>	Kurs 3 in:	Datum: Personen
<input type="checkbox"/>	Kurs 4 in:	Datum: Personen

Ich melde gleichzeitig meine/n Partner (z.B. Arzthelferin, aber nicht Arzt, Heilpraktiker o.ä.) gegen eine Bearbeitungsgebühr von 135.- € pro Wochenende als teilnehmende Begleitperson bzw. Gasthörer (ohne Anspruch auf das Diplom) für die gekennzeichneten Veranstaltungen an.

Name und Vorname des/r Partner: _____

Ich melde mich verbindliche für sonstige Kurse des FOM an:

<input type="checkbox"/>	in:	Datum: Personen
<input type="checkbox"/>	in:	Datum: Personen
<input type="checkbox"/>	in:	Datum: Personen
<input type="checkbox"/>	in:	Datum: Personen

Ich bin Mitglied des FOM
 Ich bin Student der Medizin, Zahnmedizin und Pharmazie bzw. Heilpraktikeranwärter in der Ausbildung (Nachweis wird vor jedem Seminar vorgelegt)

Ich bin Mitglied folgender Partnerorganisation: _____

Ich habe die Seminargebühr bereits bezahlt im Kursblock A-Diplom

Die Teilnehmerzahl der Seminare ist begrenzt. Mit Eingang der Teilnahmegebühren wird die Anmeldung verbindlich.
Die Anmeldung erfolgt in der Reihenfolge eingehender Teilnahmegebühren.

Anmeldeformular für Seminare von FOM / EANUM (Seite 2):

Ich zahle die Seminargebühren in Gesamt-Höhe von _____ Euro

wie folgt (bitte ankreuzen und ausfüllen – und soweit möglich aus organisatorischen Gründen Bankeinzug benutzen!):

Bargeldlos (nur für Teilnehmer aus Deutschland, jederzeit widerrufbar) durch Bankeinzug bei

Geldinstitut, BLZ, Konto-Nr.: _____

Ich überweise meine Beiträge auf

Konto.Nr 6942172, VR-Bank Rosenheim-Chiemsee eG (BLZ 71160161); IBAN: DE94711601610006942172;

Zur sofortigen Inanspruchnahme der vergünstigten Seminargebühren können Sie im Folgenden gleichzeitig die Mitgliedschaft im FOM beantragen:

<input type="checkbox"/>	Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Heilpraktiker	€ 72,-
<input type="checkbox"/>	Sonstige Gesundheitsberufe, Mitglieder anerkannter Partner- Gesellschaften	€ 36,-
<input type="checkbox"/>	Fördermitglieder, AIP, Studenten und Auszubildende in Gesundheitsberufen	€ 18,-

► Die Kursgebühren sind dann bereits beim ersten Kurs reduziert buchbar. ◀

Meine persönlichen Daten:

Name:	Vorname:	
Strasse:	Hausnummer:	
PLZ:	Ort:	ggf. Land:
Tel:	Fax:	mail:
Beruf, Fachrichtung:		

Die Bezahlung der Mitgliedsbeiträge erfolgt üblicherweise bargeldlos (bitte ankreuzen und ausfüllen).

Mit der Abbuchung des Mitgliedsbeitrags (Bankeinzug) in der lt. Satzung festgelegten Höhe bin ich einverstanden (jederzeit widerrufbar)

Geldinstitut, BLZ und Konto-Nr.

BIC und IBAN (für Abbuchungen aus dem Ausland)

Datum

Unterschrift und (leserlicher) Stempel