



An die
Union Deutscher Heilpraktiker
Landesverband Bayern e.V.
Verwaltung
Pöhlmannstraße 16
80687 München

Hiermit melde ich mich verbindlich für die Fachfortbildung:

ABRECHNUNG – TEIL 1

am: **22. Februar 2025**

in München in Präsenz an.

Hier bitte Name und Vorname eintragen:
<input type="text"/>
Hier bitte die Mitgliedsnummer eintragen: (falls UDH Mitglied)
<input type="text"/>
Hier bitte den Landesverband eintragen, bei dem die UDH-Mitgliedschaft ist.
<input type="text"/>



Private Adresse

bitte die Post an diese senden

Hier bitte Name und Vorname eintragen:
<input type="text"/>
Hier bitte das Geburtsdatum (Tag – Monat – Jahr) eintragen:
<input type="text"/>
Hier bitte Straße und Hausnummer eintragen
<input type="text"/>
Hier bitte Postleitzahl und Ort eintragen:
<input type="text"/>
Hier bitte eine Telefonnummer eintragen:
<input type="text"/>
Weitere Telefonnummer (optional)
<input type="text"/>
Hier bitte eine E-Mailadresse eintragen:
<input type="text"/>



Praxisadresse bzw. Rechnungsadresse (falls abweichend)

bitte die Post an diese senden

Name der Praxis bzw. Firma
<input type="text"/>
Hier bitte Name und Vorname des Ansprechpartners
<input type="text"/>
Hier bitte Straße und Hausnummer eintragen
<input type="text"/>
Hier bitte Postleitzahl und Ort eintragen:
<input type="text"/>
Hier bitte eine Telefonnummer eintragen:
<input type="text"/>
Weitere Telefonnummer (optional)
<input type="text"/>
Faxnummer (optional)
<input type="text"/>
Hier bitte eine E-Mailadresse eintragen:
<input type="text"/>
Hier bitte eine Internetadresse eintragen (optional)
<input type="text"/>



Einmalige Einzugsermächtigung mit Anmeldung

für **Fachfortbildung Abrechnung Teil 1 am 21.02.2025**

Hiermit erteile ich der Union Deutscher Heilpraktiker – Landesverband Bayern e.V. die Erlaubnis die Seminargebühr einmalig von untenstehendem Konto per Abbuchung einzuziehen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich der Kontoinhaber bin.

Sollte mein Konto zum Zeitpunkt des Bankeinzugs nicht die erforderliche Deckung aufweisen und entstehen dem Verband durch die Zahlungsverweigerung des kontoführenden Institutes Kosten, werde ich diese auf Anforderung unverzüglich erstatten.

Ich komme als:

Ich bezahle:

Wir benötigen Ihre Kontodaten nur wenn wir den Betrag abbuchen sollen.

Kontoinhaber
<input type="text"/>
Name des Geldinstitutes
<input type="text"/>
IBAN
<input type="text"/>
BIC
<input type="text"/>

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers / Kontobevollmächtigten

Bitte drucken Sie das Formular aus **und Unterschreiben Sie es.**

Sie können uns dann die Daten per Post oder sehr gerne auch per E-Mail als PDF zukommen lassen.

Mailadresse: ANMELDUNG@UDH-BAYERN.de



Wichtige Informationen für Sie:

Veranstaltungsort:

80686 München (Stadtteil Laim)

Gotthardstraße 44 (im vierten Stock)

in den Räumen von „Physio Süd-West“

(Tiefgaragenstellplätze im gleichen Gebäude sind gegen Gebühr vorhanden)

Seminar-Zeiten:

Die Räume öffnen ab 9:00 Uhr.

Wir erwarten Sie mit Kaffee und Tee und einer Kleinigkeit zu Essen. Ebenfalls stellen wir Ihnen den ganzen Tag Kaffee und/oder Tee sowie Wasser und ähnliche Getränke wie z.B. Apfelschorle zur Verfügung. (im Seminarpreis inbegriffen)

9:30 Uhr Start bis ca. 12:00 Uhr (inkl. kleiner Pause)

12:30 Uhr bis bis **ca. 17:30 Uhr** (inkl. kleiner Pausen)

Am Ende erhalten Sie einen schriftlichen Nachweis, dass Sie an der Fachfortbildung unseres Berufsverbandes teilgenommen haben.

Bitte bringen Sie mit:

Falls Sie Mitglied sind Ihren Mitgliedsausweis

Kugelschreiber und Papier oder Digitales Medium zum Mitschreiben

Was Sie uns noch mitteilen möchten: