

# Praxis für Geistiges Heilen

Dr. med. Fela-Maria Winkler



Dr. med. Fela-Maria Winkler  
Neumannstraße 49  
60433 Frankfurt am Main

## Anmeldung

Hiermit melde ich mich an für das Seminar/die Seminare  
(bitte Titel und Datum eintragen)

---

---

---

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Ich besuche das Seminar zum ersten Mal       Ich wiederhole das Seminar zur Vertiefung

Die Seminargebühr von 390,00 Euro pro Veranstaltung überweise ich auf das Konto:  
**Dr. med. Fela-Maria Winkler - Deutsche Apotheker und Ärztebank Frankfurt**

**BIC: DAAEDEDXXX - IBAN: DE05 300 60 60 1 000280 8994**

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_