

Anmeldungsformular

Hiermit melde ich mich zum Weiterbildungsgang „Gruppenpsychotherapie in Kliniken“
2010/2011 an

Frau / Herr

Titel

Vorname

Name

Straße, Hausnr.

PLZ Ort

Telefon (dienstlich / privat)

Mobil

e-Mail

Selbstzahler ja / nein

Beruf

Facharzt ?

Art der Tätigkeit (niedergelassen, in der Klinik, Psychiatrie, Psychosomatik, Reha,
Allgemeinkrankenhaus?)

Psychotherapeutische Weiterbildung

Abgeschlossen / In psychotherapeutischer Weiterbildung befindlich / keine

Wenn ja, welche?

Ort, Datum

Unterschrift

Diese Anmeldung ist verbindlich und verpflichtet Sie zur Bezahlung der anfallenden Kursgebühren. Ihre Anmeldung wird mit Eingang Ihrer Überweisung auf das u.a. Konto gültig. Der Kurs kann nur vollständig gebucht werden. Die Teilnahmebestätigung erfolgt am Ende der Kursreihe. Weitergehende Forderungen bleiben ausgeschlossen. Jede/r Teilnehmer/in nimmt an den Veranstaltungen eigenverantwortlich teil.