

Trägerschaft:
Bayerische Gesellschaft für Verhaltenstherapie,
Verhaltensmedizin und Sexuologie e.V.
Nettelbeckstraße 14, 90491 Nürnberg
Tel./Fax: 0911 - 599536

I
V
S

Institut für Verhaltenstherapie
Verhaltensmedizin und
Sexuologie

- staatlich anerkannt -
- zertifiziert n. ISO 9001:2008 -

Erw.-Ambulanz: 0911 – 950991–11, Fax/–21
Verwaltung (R43): 0911 – 950991–10, Fax/–20
KJ-Ambulanz: 0911 – 787272-8, Fax/–9
Verwaltung (N22): 0911 – 787272-7, Fax/–9
www.ivs-nuernberg.de

Leitungsgremium:
Dr. phil. Wolfram Dormann
Dr. med. Johannes Kemper
Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. habil. Thomas Moesler
Dr. med. Sandra Poppek
Dipl.-Psych. Dr. phil. Andreas Rose

Anmeldung (per Post oder Fax: 0911 - 95 09 91 - 23)

**Ergänzungsqualifikation zur fachlichen Befähigung der Abrechnung von
Kindern- und Jugendlichen-Verhaltenstherapie vom 07.10.2011 – 22.07.2012**
an die Ambulanz III des Instituts für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie (IVS),
Rudolf-Breitscheid-Str. 43, 90762 Fürth

Herr / Frau
Name Vorname

(Name u. Titel bitte in Druckbuchstaben, so wie er später auf dem Zertifikat erscheinen soll)

.....
Strasse PLZ Ort

.....@.....
Tel-Nr. privat Tel.Nr. dienstl. FAX E-Mail

Geb.-Datum:

Hochschulabschluss im Fach: Monat u. Jahr des Abschlusses:.....

Akad. Grad: Approbation seit:

Bisherige Psychotherapieausbildungen (Institution / Beginn / Abschluss):
.....

In Facharztweiterbildung zum

ich bin bereits Ausbildungsteilnehmer/in am IVS Kurs:.....

Diese Anmeldung ist verbindlich und verpflichtet mich zur Bezahlung der anfallenden Kursgebühren. Der Kurs kann nur vollständig gebucht werden. Die Teilnahmebestätigung erfolgt am Ende der Kursreihe und enthält die vom Teilnehmer tatsächlich absolvierten Stunden. Bei Nichtstattfinden des Kurses entstehen keine Kosten. Weitergehende Forderungen bleiben ausgeschlossen. Jede/r Teilnehmer/in nimmt an den Veranstaltungen eigenverantwortlich teil.

Für die Gebühren der 208 Weiterbildungseinheiten (Einheit 15 €) = **Gesamtsumme 3.120,- €** erteile ich eine **Einzugsermächtigung** für folgendes Konto:

Konto-Nummer: BLZ:

beim Kreditinstitut:

Name des/r Kontoinhabers/in (falls abweichend dem/r Ausbildungsteilnehmer/in)
.....

.....
Ort Datum Unterschrift

Ich möchte die Kursgebühren auf einmal bezahlen Die Kursgebühren sollen pro Seminarblock eingezogen werden

An die
Psychotherap. Ambulanz III d. IVS
Rudolf-Breitscheid-Str. 43
90762 Fürth