

Anmeldung

zur verhaltenstherapeutisch orientierten Selbsterfahrungsgruppe
für Psycholog*innen, Sozialpädagog*innen, Pädagog*innen etc.
(institutsinterne Kursbezeichnung **Kurs SchO1**)

Claudia Ondrejschak
Schützenstr. 11

90513 Zirndorf

PASSFOTO

Termine: 26.09. - 27.09.20 30.11. - 01.12.20 01.02. - 02.02.21
13.03. - 14.03.21 20.05. - 21.05.21 12.07. – 13.07.21

Zeitplanung: Jeweils von 9:00h-19:00h

Kosten: 20 WE (Weiterbildungseinheiten) á 28 €; -> 560 € je 2-Tageblock
Gesamtpreis bei 120 WE (Weiterbildungseinheiten): 3.360 €

Ort: **IVS, Rudolf-Breitscheid-Str. 39, 90762 Fürth (5. St./ Aufzug)**

.....

Name / Vorname		Geb.-Datum
.....	
Straße / HNr.		PLZ / Ort
.....	
Tel.-Nr. privat	Tel.-Nr. dienstlich	Handy.-Nr.
.....
Emailadresse		
.....		
Berufsbezeichnung	Kursbezeichnung, -beginn u. voraussichtliche Dauer der Ausbildung	
.....	

Die Selbsterfahrung kann nur komplett belegt und erstanden werden. Absagen müssen 72 Std. vor Beginn schriftlich eingehen, damit über eine eventuell notwendige zeitliche und/oder örtliche Verlegung des Treffens entschieden werden kann. Bei Ausfall einer Veranstaltung seitens der Kursleiter wird den Teilnehmern für diese Veranstaltung die volle Teilnahmegebühr rückerstattet. Weitergehende Ansprüche an den Veranstalter bestehen nicht.

Mit den Anmeldebedingungen, Inhalten und Zielen erkläre ich mich einverstanden. Für die o.g. Gebühren erteile ich hiermit eine **Einzugsermächtigung per SEPA-Lastschrift** über den jeweils fälligen Betrag für das folgende Konto:

IBAN:

BIC:

Name der Bank: _____

Name des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin (falls abweichend von dem/der Ausbildungsteilnehmer*in)

Bei jeder SEPA-Lastschrift müssen die Gläubiger-Identifikationsnummern angegeben werden.

Die **Gläubiger-Identifikationsnummer lautet für**

- Dipl. Psych. Norbert Schneider lautet die Nummer: **DE86ZZZ00002268803**
- Dipl.-Psych. Claudia Ondrejschak lautet die Nummer: **DE22ZZZ00002286736**

Diese Nummern finden Sie in Zukunft bei den Abbuchungen zu den Selbsterfahrungstreffen auf Ihrem Kontoauszug.

.....

Ort / Datum	Unterschrift
-------------	--------------