

Per Fax: 0641 - 9846640

Praxis für Psychotherapie
und Beratung

Steinkaute 17
35396 Giessen

Tel.: 0641 - 9846639
Fax: 0641 - 9846640

Anmeldung

| | TeilnehmerIn | falls abweichend: Rechnungsadresse |
|---------------|--------------|------------------------------------|
| Name : | _____ | _____ |
| Titel/Beruf : | _____ | _____ |
| Strasse : | _____ | _____ |
| PLZ/Ort : | _____ | _____ |
| Telefon : | _____ | _____ |
| E-mail : | _____ | _____ |

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgender Veranstaltung an und verpflichte mich, die gesamte Seminargebühr bis spätestens drei Wochen vor Veranstaltungsbeginn auf unten angegebenes Konto zu überweisen.

Titel : _____
Datum: _____
Gebühr : _____

Anmeldebedingungen Seminare: Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass nur schriftliche Anmeldungen inklusive des Zahlungseinganges der gesamten Teilnahmegebühr bis spätestens drei Wochen vor Veranstaltungsbeginn akzeptiert werden können. Abmeldungen müssen ebenfalls schriftlich erfolgen. Bei einer schriftlichen Abmeldung bis drei Wochen vor dem Veranstaltungsbeginn wird eine Bearbeitungsgebühr von 50,00 € erhoben. Danach wird die gesamte Teilnahmegebühr fällig. Als Teilnehmer/In nehme ich zur Kenntnis, dass dem Veranstalter keine Schadensersatzansprüche gestellt werden können, wenn eine Veranstaltung durch unvorhergesehene wirtschaftliche oder politische Ereignisse, durch Absage von Referent/Innen oder allgemein durch höhere Gewalt erschwert oder verhindert wird. Wir bitten auch um Verständnis, dass wir uns die Absage von Veranstaltungen, bei z.B. zu geringer Teilnehmerzahl (spätestens eine Woche vor Beginn) vorbehalten müssen. Bei Absage einer Veranstaltung erstatten wir umgehend die erhobene Teilnahmegebühr. Erstattung entstandener Reisekosten und Ähnliches sind ausgeschlossen.

Ich benötige Fortbildungspunkte der Psychotherapeutenkammer: ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der Kontaktaufnahme und Rechnungsstellung gespeichert und verarbeitet werden.

Ich möchte Informationen und Werbung von Frauke Niehues erhalten. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bank
Sparkasse Giessen

BIC: SKGIDE5F
IBAN: DE17 5135 0025 0000 8331 50

info@psychologische-praxis-giessen.de
www.psychologische-praxis-giessen.de