Institut für
Verhaltenstherapeutisch fundierte Psychotherapie
Verhaltensmedizin
Systemisch fundierte Psychotherapie
und Sexuologie
- staatlich anerkannt -
- zertifiziert nach ISO 9001:2015 -

I V S

Geschäftsführer der Trägerschaft:
Dr. phil. Wolfram Dorrmann
Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. habil. Thomas Mösler
Dr. med. Sandra Poppek-Herbst
Dipl.-Psych. Dr. phil. Andreas Rose
Peter Rahn

www.ivs-nuernberg.de

Anmeldung zum/zur
„Supervisor/in in (VT) Fortbildungscurriculum des IVS“

Leitung: Dr. Wolfram Dorrmann und Dr. Andreas Rose

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

Falls Adresse bereits bekannt, bitte ankreuzen

....
Strasse PLZ Ort

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

Akad. Grad: ..... Approbation seit: …….…… Geb.-Datum: .....

Psychologischer Psychotherapeut Kinder- u. Jugendlichen Psychotherapeut

Facharzt für……..

Diese Anmeldung ist verbindlich und verpflichtet zur Bezahlung der anfallenden Kursgebühren. **Bei einer schriftlichen Stornierung ab 3 Wochen vor Seminarbeginn entstehen Gebühren in Höhe von 20 % der Seminargebühr. Bei Absage eine Woche vor dem Seminar wird die volle Teilnahmegebühr fällig. Bei einem Ausfall durch Krankheit ist eine kostenfreie Wiederholung möglich.** Bei Ausfall der Veranstaltung entstehen keine Kosten und es besteht kein Anspruch auf Wiederholung oder Entschädigung. Eine rechtzeitige Benachrichtigung über den Ausfall kann nur dann erfolgen, wenn die Anmeldung mindestens 10 Tage vorher eingegangen ist. Die Teilnahmebestätigung erfolgt am Ende des Kurses und enthält die vom Teilnehmer tatsächlich absolvierten Stunden. Weitergehende Forderungen bleiben ausgeschlossen. Jede/r Teilnehmer/in nimmt an der Veranstaltung eigenverantwortlich teil. Die Gebühren werden ca. 10 Tage vor dem jeweiligen Impulsblock eingezogen.

Die Gebühren für die Kleingruppen werden von den jeweiligen Leitern in Rechnung gestellt (6x 200 € - Gesamt: 1200 €)

Für die Theoriegebühren in Höhe von insgesamt **1550 Euro** erteile ich eine **Einzugsermächtigung** für folgendes Konto:

IBAN:

BIC:

Name des/r Kontoinhabers/in (falls abweichend dem/r Fort-/ bzw. Weiterbildungsteilnehmer/in)

Hinweis: Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir bei einer Rückbuchung wegen Nichtdeckung des Kontos oder unberechtigtem Widerspruch die anfallenden Bankgebühren von derzeit 8,11 € sowie eine hausinterne Bearbeitungsgebühr in Höhe von 10,- € an Sie weitergeben müssen.

An
Psychotherap. Ambulanz III d. IVS
Rudolf-Breitscheid-Straße 41-43

90762 Fürth

....
Ort Datum Unterschrift