

Institut für klinische Hypnose und Ego-State-Therapie (IfHE)

Dr. med. Mathias Ulbricht
FA für Psychotherapeutische Medizin
Freiligrathstr. 3 A
10967 Berlin

Tel/Fax: 030- 694 27 03
E: dr.m.ulbricht@gmx.de

Anmeldeformular

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgendes Seminar an und akzeptiere die unten aufgeführten Anmeldebedingungen.

Dipl.-Psych. Ulrike Juchmann

„Die Blüte des Augenblicks“

Ort: Schwulenberatung, Mommsenstr.45, 10629 Berlin (Charlottenburg)

Zeit: Samstag 17.3.2012 von 09:30 – 17:00 Uhr
Sonntag 18.3.2012 von 10:00 bis 17:30 Uhr

Vor- und Nachname:
Beruf:
Straße:
PLZ-Ort:
Tel:
Fax.:
Email:

Bezahlung der Teilnahmegebühr (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Ich überweise den Betrag von **250, 00 €** auf folgendes Konto:
Dr. Mathias Ulbricht; Nr. 42 15 33 106; Postbank Berlin BLZ 100 100 10;
Verwendungszweck: „Seminar Juchmann“
- Ich lege einen Verrechnungsscheck über **250,00 €** bei.

Anmeldebedingungen

Es werden nur schriftliche Anmeldungen in Zusammenhang mit einer Überweisung oder einem Verrechnungsscheck akzeptiert. Abmeldungen können nur in schriftlicher Form angenommen werden. Bei einer schriftlichen Abmeldung bis zu drei Wochen vor dem Termin wird die Seminargebühr unter Abzug einer Bearbeitungsgebühr von 30 € erstattet. Danach wird die gesamte Teilnahmegebühr fällig. Als TeilnehmerIn nehme ich zur Kenntnis, dass dem Veranstalter keine Schadensersatzansprüche gestellt werden können, wenn ein Seminar durch unvorhergesehene wirtschaftliche oder politische Ereignisse, durch Absage von Referenten oder allgemein durch höhere Gewalt erschwert oder verhindert wird. Mit der Anmeldung erkenne ich diesen Vorbehalt an. Mit der Verarbeitung meiner Daten auf elektronische Weise bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift