



## Anmeldung

**Zusatz-Weiterbildung „Systemische Psychotherapie Ärzte“ Kurs 01, Start 14.02.2025**

Name, Vorname.....Geburtsdatum.....

Adresse.....PLZ.....Ort.....

Telefon privat.....dienstlich.....

E-Mail privat..... dienstlich.....

Abweichende Rechnungsadresse

.....

Bitte beruflichen Lebenslauf und Nachweise zu beruflichen Qualifikationen (Approbation, etc.) beifügen

Derzeitige Tätigkeit: freiberuflich in eigener Praxis oder angestellt

.....

.....

.....

Motivation für die Weiterbildung

.....

.....

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit den in diesem Curriculum genannten Anmeldebedingungen einverstanden und melde mich verbindlich an. Ich nehme eigenverantwortlich an der Weiterbildung teil. Ich stimme der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten für die Anmelde- und Auftragsabwicklung zu. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten den anderen Kursteilnehmer\*innen über die Teilnehmerliste zugänglich gemacht werden. Ich kann dies jederzeit schriftlich widerrufen.

Ort, Datum.....Unterschrift.....