

Anmeldeformular

Integriertes EMDR zur Behandlung von Migräne und Spannungskopfschmerzen

Samstag, den 18.5.2019, 10:00 - 18:00 Uhr

Praxis Dr. Christine Rost
Seehofstr.11
60594 Frankfurt
Fax: 069 61994818
E-Mail: dr.christine.rost@web.de

Name:

Adresse:

Tel.: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Beginn EMDR-Ausbildung: _____

Teilnahmegebühr 200, - €.

Die Anmeldung gilt als verbindlich nach Überweisung der Teilnahmegebühr auf das Konto der Rost-Tiedt-GbR bei Deut. Apotheker- und Ärztebank,

IBAN: DE51 3006 0601 0206 6240 81, BIC: DAAE DE DD

Stichwort "IEMDR".

Eine gesonderte Bestätigung vor dem Seminar erfolgt nur auf Anfrage.

Bei Rücktritt bis 1.5.2019 wird eine Bearbeitungsgebühr von 30,00 € einbehalten, bei späteren Abmeldungen ist keine Rückerstattung möglich.

Datum _____

Unterschrift _____