

Verbindliche Anmeldung für das gesamte EMDR-Curriculum 2021/22

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

Veranstaltungsort:

Meditationszentrum Heilig Kreuz, Großer Saal, Kettlerallee 45 in 60385 Frankfurt

Name: _____

Adresse: _____

Telefon / Handy: _____

E-Mail: _____

Eingangsqualifikation:

Arzt/Ärztin Psycholog*in Kinder- und Jugendlichentherapeut*in

Approbation (Jahr): _____

(Bitte Kopie der Approbationsurkunde mitschicken)

Psychotherapeutische Ausbildung in: _____

begonnen: _____ abgeschlossen: _____

Anstellung in: _____

Für Teilnehmer*innen ohne Approbation oder mit nicht abgeschlossener Weiterbildung:

Unterschrift Arbeitgeber: _____

Teilnahmegebühr

Basiskurs Teil 1, 13. - 15.05.2021: 600 €

Basiskurs Teil 2: 09. - 10.07.2021: 400 €

Fortgeschrittenenkurs 27. - 29.01.2022: 600 €

Bei Teilzahlung wird der erste Betrag mit der Anmeldung fällig, die weiteren bis spätestens 14 Tage vor dem jeweiligen Seminar.

Bei Zahlung des gesamten Betrages bei Anmeldung, 5% Rabatt, d.h. 1520,00 €.

Bei Rücktritt bis 14 Tage vor Beginn des ersten Kurses werden 30 € Bearbeitungsgebühr einbehalten. Bei späterem Rücktritt kann eine Rückerstattung abzüglich 50 € nur bei weiterer Platzvergabe erfolgen. Es empfiehlt sich eine Seminarrücktrittsversicherung und evtl. Reiserücktrittsversicherung abzuschließen (z.B. HanseMerkur, 28€ für Teil 1).

Änderungen wegen Krankheit der Trainerin oder zu geringer Teilnehmerzahl müssen vorbehalten werden.

Datenschutz: Die Teilnehmerdaten werden über EDV erfasst und nur für interne Zwecke des Zentrums für Psychotraumatologie, Frankfurt verwendet.

Mit der Anmeldung wird **mindestens der 1. Teilbetrag** fällig.

Bankverbindung:

Zentrum für Psychotraumatologie

ApoBank

IBAN: DE51 3006 0601 0206 6240 81

BIC: DAAE DE DD

Stichwort "EMDR-Curriculum".

Ich erfülle die Teilnahmevoraussetzungen und erkenne sowohl die Anmeldebedingungen als auch die Datenschutzerklärung des Zentrums für Psychotraumatologie, Frankfurt an.

Eine Kopie der Approbationsurkunde (PP, KJP) bzw. der FA-Urkunde oder den Nachweis der Psychotherapieausbildung (Ärzte) füge ich bei.

Bei fehlender Approbation muss die Anmeldung vom Arbeitgeber unterschrieben werden (siehe oben).

Datum: _____

Unterschrift: _____