

## Anmeldeformular

### Video-Kurzseminar: EMDR und Schmerzen

**Freitag, den 10.11.2023, 18:00 - 19:30 Uhr**

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

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

(an diese E-Mail-Adresse wird auch die Einladung zum Video-Seminar verschickt)

Beruf: \_\_\_\_\_

Beginn EMDR-Ausbildung: \_\_\_\_\_

Teilnahmegebühr 50,- €.

Die Anmeldung gilt als verbindlich nach Überweisung der Teilnahmegebühr auf das folgende Konto:

Zentrum für Psychotraumatologie, Apobank Düsseldorf  
IBAN: DE51 3006 0601 0206 6240 81,  
BIC: DAAE DE DD  
Stichwort "EMDR und Schmerzen".

Eine gesonderte Bestätigung vor dem Seminar erfolgt nur auf Anfrage.

Bei Rücktritt bis 03.11.2023 wird eine Bearbeitungsgebühr von 5,00 € einbehalten, bei späteren Abmeldungen ist keine Rückerstattung möglich.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass das Seminar nicht aufgezeichnet werden darf.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift