Verbindliche Anmeldung für das gesamte EMDR-Curriculum 2027

Dr. Christine Rost
Musikantenweg 43
60316 Frankfurt am Main
E-Mail: dr.christine.rost@web.de

Veranstaltungsort:
Festsaal im Frankfurter Diakonissenhaus, Cronstettenstr. 57-61 in 60322 Frankfurt

Name: _____

Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

Plz und Wohnort: _____

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: _____

(Bitte Kopie mitschicken)

Anstellung in: _____

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

Unterschrift Arbeitgeber: _____

Ort, Datum: _____

Teilnahmegebühr

Basiskurs Teil 1a, 28.-30.1.2027: 705 €

Basiskurs Teil 1b, 12.-13.03.2027: 470 €

Fortgeschrittenenkurs, 11.-13.11.2027: 705 €

Gesamt: 1.880 €

Die drei Teile können nur zusammen gebucht werden.

Bei Rücktritt bis 14 Tage vor Beginn des ersten Kurses werden 50 € 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).

Änderungen wegen Krankheit der Referentin 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.

Bei Anmeldung **im Jahr 2026 Anzahlung von 100 €**. Zahlung des Restbetrags von 1.780 € ab Januar 2027, spätestens zwei Wochen vor Kursbeginn. Bei Anmeldung **ab Januar 2027 ist der gesamte Betrag von 1.880,00 €** bei der Anmeldung zu überweisen.

Bankverbindung:

Dr. Christine Rost, Martina Tiedt-Schütte

Apobank Düsseldorf

IBAN: DE51 3006 0601 0206 6240 81

BIC: DAAE DE DD

Stichwort "EMDR-Curriculum 2027".

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: _____