

LVR – Akademie
für seelische Gesundheit
Halfeshof 10, 42651 Solingen

Tel.: 0212/4007-210
Fax: 0221/82840534

www.akademie-seelische-gesundheit.lvr.de

Anmeldeschluss:
Diese Anmeldung sollte
in der LVR-Akademie

vorliegen bis zum:

12.05.2017

Anmeldung

für das Seminar **50/2017** „Klientenzentrierte Kommunikation als Grundlage der therapeutischen Beziehungsgestaltung in der Ergotherapie (Modul 3 der Weiterbildung „Ergotherapie in der Psychiatrie“)“ vom **10.07.** bis **12.07.2017** in der LVR-Akademie, Solingen

Herr
Frau Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Klinik/Institution: _____ Station: _____

Straße: _____

PLZ /Ort: _____ Tel.-Nr. /E-mail: _____

Arbeitsbereich: _____ Beruf: _____

Privatanschrift: Straße/Nr.: _____ Telefon: _____

PLZ/Ort: _____ E-mail: _____

Die Kursgebühr beträgt € 165,--

Angeboten wird die Übernachtung für je € 19,00, für das Mittagessen werden je € 4,50 berechnet.
Die Pausenbeköstigung ist kostenlos. Ein Abendessen wird nicht angeboten.
Für die Übernachtung stehen Einzel- und Doppelzimmer in begrenzter Anzahl im Gästehaus zur Verfügung.

Verbindliche Anmeldung für Übernachtung: ja nein

Verbindliche Anmeldung für das Mittagessen: ja nein vegetarisch ja

Ich nehme zum 1. Mal an einem Seminar der LVR-Akademie teil: ja nein



Besondere Hilfe notwendig? Welche? _____

Falls Sie an der Teilnahme verhindert sind, melden Sie sich bitte rechtzeitig ab. Sollte die Abmeldung erst so spät bei uns vorliegen, dass wir die Essensbestellung nicht rückgängig machen können, müssen wir Ihnen diese Kosten berechnen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bestätigung der Kostenübernahme für die o.g. Teilnahmeanmeldung

Bitte schicken Sie die Rechnung über (bitte jeweils auswählen)

| | | | | |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------|
| die Kursgebühren | <input type="radio"/> | an die Klinik/Einrichtung | <input type="radio"/> | an Teilnehmer/-in |
| die Übernachtungskosten | <input type="radio"/> | an die Klinik/Einrichtung | <input type="radio"/> | an Teilnehmer/-in |
| die Verpflegungskosten | <input type="radio"/> | an die Klinik/Einrichtung | <input type="radio"/> | an Teilnehmer/-in |

Für die Leitung der Klinik/Einrichtung: _____

Datum _____

Stempel/Unterschrift _____

Bitte alle Felder des Anmeldeformulars gut leserlich und in Druckschrift ausfüllen.