

Anmeldeformular

Workshop in Präsenz: IEMDR

Samstag, den 28.06.2025, 10:00 – 17:30 Uhr

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 versandt)

Beruf: _____

Beginn EMDR-Ausbildung: _____

Teilnahmegebühr: 220, - €.

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

Zentrum für Psychotraumatologie
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 20.06.2025 wird eine Bearbeitungsgebühr von 30,00 € einbehalten, bei späteren Abmeldungen ist keine Rückerstattung möglich.

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

Datum: _____

Unterschrift: _____