

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

vorliegen bis zum:

www.akademie-seelische-gesundheit.lvr.de

17.10.2018

Anmeldung Kursjahr 2018

für Kursnummer: 98/2018	vom 17.12.2018	bis 18.12.2018
Seminar: Komorbidität: Sucht und Persönlichkeitsstörung		in der LVR-Akademie, Solingen

Herr <input type="checkbox"/>	Name:	Vorname:	Geb. Datum:
Frau <input type="checkbox"/>			
Klinik/Institution:			Station:
Straße:			
PLZ /Ort:		Tel.-Nr. /E-mail:	
Arbeitsbereich:		Beruf:	

Privatanschrift: Straße/Nr.:	Telefon priv.:
PLZ/Ort:	E-mail priv.:

Die Kursgebühr beträgt € 200,-.

Angeboten wird die Übernachtung ab dem 01.01.2018 für je € 23,00. Dies schließt einen Frühstückssnack mit ein. Für das Mittagessen werden je € 4,90 berechnet. Die Pausengetränke sind 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?

Mit der Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis zur Speicherung der gemachten Angaben zum Zwecke der weiteren Seminarorganisation.

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.