

Anmeldung

Bitte ausdrucken, ausfüllen und faxen an 0611 - 447 692 29
oder per Post: IKVT-Hessen, Bahnhofstr. 27-33, 65185 Wiesbaden

Hiermit melde ich mich verbindlich zu nachfolgend aufgeführten Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen des IKVT-Hessen gemäß der Teilnahme- und Rücktrittsbedingungen an:

Kurs(e):	Termin:	Gebühr:
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €
_____	_____	_____ €

Bitte ankreuzen:

Ich habe die Kursgebühren auf das Institutskonto (APO-Bank Düsseldorf, IBAN: DE 59 3006 0601 0008 6542 12 BIC: DAAE DE DD XXX) überwiesen am:

Ich ermächtige hiermit das IVKT-Hessen Ltd. die Kursgebühren von meinem Konto abzubuchen:

IBAN:

BIC:

Bank:

- Gesamtbetrag KVT- & Selbsterfahrungs-Curriculum: Teilbetrag pro Wochenende
 Gebühr pro Kurs IVT-Weiterbildungs-Curriculum: Teilbetrag pro Halbjahr

Name, Vorname:

Anschrift:

Klinik: Praxis:

Telefon:

Mobil:

Email:

Beruf: Arzt/Ärztin Psychologe/-in Pädagoge/-in
 Anderer:

Lastschriftinzug: Bitte diese Anmeldung an das Institut schicken. Wir benötigen die originale Unterschrift. Unsere Gläubiger-ID (CI) lautet: DE42 ZZZ 000 017 939 07. Hinweis: Sie können innerhalb von 8 Wochen die Erstattung des Betrags bei Ihrer Bank verlangen. Die Mandatsnummer besteht aus Ihrem vollen Namen und einem angehängten Kurskürzel.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Teilnahme- und Rücktrittsbedingungen an (www.ikvt.de).

Ort

Datum

Unterschrift