

Anmeldung

Bitte ausdrucken, ausfüllen und faxen an 06123 - 601 98 70
oder per Post: IVT-Hessen, Wallufer Straße 2, 65343 Eltville

Hiermit melde ich mich verbindlich zu nachfolgend aufgeführten Fortbildungsveranstaltungen des IVT-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 30 300 606 01 000 584 338 3 BIC: DAAE DE DD XXX) überwiesen am:

Ich ermächtige hiermit das IVT-Hessen die Kursgebühren von meinem Konto abzubuchen:

IBAN:

BIC:

Bank:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gesamtbetrag | <input type="checkbox"/> KVT- & Selbstfahrungs-Curriculum: Teilbetrag pro Wochenende |
| <input type="checkbox"/> Gebühr pro Kurs | <input type="checkbox"/> 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: DE48 ZZZ 000 003 849 71. 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.ivt-hessen.de).

Ort

Datum

Unterschrift