

Anmeldung zur PCIT-Therapie:

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgenden **PCIT-Workshop** an:

- Spieltraining Kooperationstraining

vom bis an:

.....
Name, Vorname

.....
Ausbildung, Beruf, evtl. Arbeitgeber

.....
Privat-Anschrift (Straße, Hausnummer)

.....
Privat-Anschrift (PLZ, Wohnort)

.....
E-mail-Adresse – bitte unbedingt angeben

.....
Telefonnummer

Die **Teilnahme-Gebühr von 1.300 €** überweise ich nach Erhalt der Rechnung.
In diesem Preis sind sämtliche Therapiematerialien, ein Hospitationstag und 120 Minuten
Gruppensupervision enthalten. Der Hospitationstag und die Gruppensupervision können bis zu 12 Monaten
nach Workshop-Ende eingebracht werden.

Bei Stornierung bis spätestens einen Monat vor Workshopbeginn wird die Teilnahmegebühr abzüglich
Bearbeitungsgebühr (30 €) erstattet, danach ist eine Stornierung nur noch möglich, sofern rechtzeitig
ein Ersatz gefunden werden kann. Im Krankheitsfall nehme ich umgehend Kontakt auf, um eine
individuelle Lösung zu finden.

.....
(Datum, Unterschrift)

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Anmeldeformular per Fax oder Post an folgende Anschrift:

Akademie für Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
c/o Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Leopoldina-Krankenhaus der Stadt Schweinfurt GmbH
Gustav-Adolf-Str. 4
97422 Schweinfurt
Fax: 09721 / 720 - 2901