

An das  
INSTITUT für Trauma-Bearbeitung und  
Weiterbildung Frankfurt  
Waidmannstr. 25  
60596 Frankfurt am Main



Waidmannstraße 25  
60596 Frankfurt am Main  
Telefon: 069 - 46 99 00 53  
Telefax: 069 - 46 99 00 52

kontakt@institut-fuer-traumabearbeitung.de  
www.institut-fuer-traumabearbeitung.de

### Anmeldung

**Bitte senden Sie die Anmeldung unterschrieben per Fax oder Post zurück!**

Hiermit melde ich mich verbindlich für die folgende Veranstaltung an (bitte genauen Titel und Termin angeben):

**Kurs:** \_\_\_\_\_

**am:** \_\_\_\_\_

**Vor- und Zuname:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefon privat:** \_\_\_\_\_ **dienstlich:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Rechnung erwünscht:** Ja  Nein

### Teilnahmebedingungen:

Anmeldungen sind nur schriftlich möglich und werden erst gültig mit der Überweisung des Teilnahmebeitrags, bzw. eine Anzahlung von 25% des Gesamtbetrages. Ist dieser eingegangen, erhalten Sie eine Anmeldebestätigung. Die Reihenfolge der Anmeldungen entscheidet über die Teilnahme.

Der (die) Teilnehmer(in) verpflichtet sich, einrichtungs- und personenbezogene Informationen, die er (sie) im Rahmen des Seminars erhält, nicht an Dritte weiterzugeben. Das Unterrichtsmaterial ist urheberrechtlich geschützt und darf von dem (der) Teilnehmer(in) nur zum persönlichen Gebrauch verwendet werden. Es darf nicht vervielfältigt werden. Das Institut verpflichtet sich, teilnehmerbezogene Informationen nicht an Dritte weiterzugeben.

Bei **Abmeldung** bis spätestens 3 Wochen vor Veranstaltungsbeginn erhalten Sie Ihre Teilnahmegebühr zurück unter Abzug einer Kostenpauschale von 25 %. Zu einem späteren Zeitpunkt ist die Erstattung der Teilnahmegebühr nur möglich, wenn ein(e) Ersatzteilnehmer(in) zur Verfügung steht.

Von den Anmelde- und Teilnahmebedingungen habe ich Kenntnis genommen. Den Teilnahmebetrag in Höhe von € \_\_\_\_\_ habe ich am \_\_\_\_\_ überwiesen an: Dr. Marianne Rauwald, c/o Institut für Traumabearbeitung, Konto-Nr. **509 25 02**, Apotheker- und Ärztebank Frankfurt, BLZ **300 606 01**; IBAN: **DE41 3006 0601 0005 0925 02**, BIC: **DAAEDEDXXX**.

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Fortbildung, Supervision, Gutachten,  
Beratung und Therapie