

ANMELDUNG

zur Fortbildung zum/zur EMDR Therapeut:in / EMDR Coach

(Kursnummer 221-1182)

Zeitraum: Die Ausbildung umfasst drei Wochenenden:
Fr/Sa 04.-05.03. / 25.-26.03. / 29.-30.04.22 Fr 14:00-20:00 Uhr / Sa 10:00-18:00 Uhr

Zertifizierter Abschluss: EMDR Coach bzw. EMDR Therapeut:in (anerkannt durch die Europäische Gesellschaft für Traumatherapie und EMDR e.V.)

Ausbildungsgebühren: € 1.000,00 (+ einmalig 60 € Zertifizierungsgebühr für EMDR Therapist (Society of NLP))

Bei Zahlung in drei Raten: € 1.050,00

(drei Raten à 350,00)

1. Rate: 10.02.22 / 2. Rate: 10.03.22 / 3. Rate: 10.04.22

Name:.....Vorname:.....

Straße:..... PLZ Ort:.....

Tel./Fax:.....geb.am:.....

Mobil:.....E-Mail:.....

Tätigkeit/Beruf:

Ort, Datum Unterschrift: Teilnehmer:in

Der Vertrag wird mit Zusendung einer Anmeldebestätigung wirksam.

Die beigefügten Geschäftsbedingungen werden anerkannt.

Abbuchungserklärung

Die Raten/der Gesamtbetrag werden/wird per Abbuchungserklärung vom Evang. Bildungszentrum Hospitalhof abgebucht. Ich bin mit der Abbuchung

des Gesamtbetrages bzw.

der jeweiligen Rate von meinem Konto einverstanden.

Bitte dann beiliegendes SEPA-Formular ausfüllen und unterschrieben an uns zurücksenden.

Alternativ:

Ich überweise zur Fälligkeit der Rate/

den Gesamtbetrag auf das angegebene Konto

Unsere Kontoverbindung: IBAN DE97 5206 0410 0000 4001 30, BICGENODEF1EK1,
Vermerk: 221-118 EMDR-Fortbildung

Die Fortbildungskosten werden zur jeweiligen Fälligkeit der Rate oder als Gesamtbetrag eine Woche vor Beginn von uns abgebucht.

Bitte senden an: Evang. Bildungszentrum Hospitalhof Stuttgart, Büchsenstr. 33, 70174 Stuttgart,
Tel. 0711 / 2068-150, Fax 0711 / 2068-327, E-Mail: info@hospitalhof.de. www.hospitalhof.de

Evang. Bildungszentrum Hospitalhof Stuttgart
Büchsenstr. 33
70174 Stuttgart



Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE35ZZZ00000058703

Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen mit der ersten Vorabankündigung zum tatsächlichen Lastschrifteinzug noch mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Evang. Bildungszentrum Hospitalhof Stuttgart Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom. Evang. Bildungszentrum Hospitalhof Stuttgart auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber:in)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut Name

BIC

DE
IBAN

Datum/Ort und Unterschrift