

Senden Sie uns bitte die Anmeldeunterlagen ausgefüllt und unterschrieben zu:
Evang. Bildungszentrum Hospitalhof Stuttgart, Büchsenstr. 33, 70174 Stuttgart
oder per E-Mail: info@hospitalhof.de



ANMELDUNG

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

(Kursnummer 261-116)

Zeitraum: Fr-Sa 06.03.-07.03. / 17.04.-18.04. / 15.05.-16.05.26, Fr 14:00-20:00 Uhr, Sa 10:00-17:30 Uh

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

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

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

Straße:..... PLZ Ort:.....

Tel.....geb. am:.....

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

Beruf/Qualifikation.....

Vorgespräch stattgefunden am:

Zahlungsmöglichkeiten:

Zahlung per Abbuchung

☐ Ich bin mit der Abbuchung der Kosten von meinem Konto einverstanden.

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

Sie erhalten eine Rechnung vorab. Der Betrag wird vom Evang. Bildungszentrum Hospitalhof Stuttgart 4 Wochen vor Beginn der Weiterbildung abgebucht.

Zahlung per Überweisung

☐ Sie erhalten eine Rechnung vorab und überweisen bis spätestens 4 Wochen vor Beginn der Weiterbildung auf das angegebene Konto

Zahlung vom Arbeitgeber

☐ Der Arbeitgeber erhält eine Rechnung vorab und überweist bis spätestens 4 Wochen vor Beginn der Weiterbildung auf das angegebene Konto

Anschrift Arbeitgeber:

.....

Unsere Kontoverbindung:

Ev. Gesamtkirchengem. Stuttgart, IBAN DE97 5206 0410 0000 4001 30, BIC GENODEF1EK1

Vermerk: Kurs-Nr. angeben

Der Vertrag wird mit Zusendung der Anmeldebestätigung wirksam.

Die beigefügten Geschäftsbedingungen werden anerkannt.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie die Einwilligung zur Weitergabe Ihrer Kontaktdaten an die Seminarleitung sowie die Teilnehmenden (Mailadresse / Telefonnummer. Für Gruppenarbeit zwischen den Modulen).

Ort, Datum, Unterschrift: Teilnehmer:in

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