Institut für Weiterbildung, Lerntherapie und PT	**ANMELDEFORMULAR SUPERVISION LT**	IWLP

- Hiermit möchte ich mich verbindlich für folgende Supervisionsveranstaltung/en (Lerntherapie) anmelden:

	Termin:	
	Termin:	

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
E-Mail:	
Telefonnummer:	
mobil:	
Bildungseinrichtung, Adresse:	
Beruf:	
Unterschrift:	

Die schriftliche Anmeldung gilt als verbindlich. Bitte überweisen Sie die Gebühr (für Supervision 120 €) bis drei Wochen vor dem jeweiligen Kursbeginn auf das untenstehende Konto. Bei Rücktritt bis vierzehn Tage vor Kursbeginn werden die Fortbildungskosten unter Einbehaltung einer Bearbeitungsgebühr von 25 € erstattet.

Bitte senden Sie Ihre Antwort an untenstehende Adresse oder per Fax (**0951** / **96 83 96 – 5**) an:

IWLP ◆ Dr. Schardt ◆ ✉ Unterer Kapellberg 2 ◆ 96103 Hallstadt

Bankverbindung: Postbank Nürnberg, BLZ 760 100 85, Kto.-Nr. 14 33 58 59