

Anmeldung zur Ausbildung in Systemischer Psychotherapie und Beratung

Bitte zusenden an:

Spix e.V.
Institut für Systemische Forschung und Therapie
Kaiserring 16
46483 Wesel

Persönliche Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben!

Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____
Familienstand _____ Anzahl Kinder _____
Straße _____ Wohnort _____
Telefon privat _____ Tel. Arbeitsstelle _____
dienstl. tel. erreichbar von _____ Uhr bis _____ Uhr
e-mail-Adresse: _____
Berufsabschluss _____
Beruflicher Werdegang _____

Derzeitiges Arbeitsfeld _____

Haben Sie die Möglichkeit, beratend oder therapeutisch zu arbeiten?

Mit Einzelpersonen Paaren Familien Gruppen

Beratungs- bzw. Therapieschwerpunkte _____

Haben Sie Gelegenheit zur Teamarbeit? ja nein

Welche therapeutische Ausbildung, Selbsterfahrung oder andere
psychotherapeutische Fortbildung haben Sie besucht (Art der Veranstaltung und
Stundenzahl) ? _____

Können Sie kurz beschreiben, warum Sie an einer Ausbildung in systemischer
Psychotherapie interessiert sind? _____

Wird an Ihrer Arbeitsstelle bereits systemisch gearbeitet?

ja nein

Kopie für Kursteilnehmer/in

Anmeldung zur Ausbildung in systemischer Psychotherapie und Beratung

Hiermit melde ich mich zur Ausbildung in Systemischer Psychotherapie (Familientherapie) und Beratung an. Die im Programm beschriebenen Bedingungen sind Bestandteil des Vertrages. Für evtl. im Rahmen der Ausbildung entstehende Folgen erhebe ich keine Ansprüche. Mein Ausbildungsplatz gilt erst nach schriftlicher Bestätigung durch Spix als reserviert.

(Ort, Datum, Unterschrift)

EINZUGSERMÄCHTIGUNG (Datenweitergabe an Kreditinstitut) **(bitte in Druckbuchstaben!)**

Hiermit ermächtige ich

(Name und Anschrift Kursteilnehmer/in)

Spix e.V., 16 mal (ab Monat des Kursbeginns) jeden Monat einen Betrag von € 150,-
von meinem Konto

IBAN-Nr. _____

Kreditinstitut _____

abzubuchen.

(Ort, Datum, Unterschrift)

Anmeldung zur Ausbildung in systemischer Psychotherapie und Beratung

Hiermit melde ich mich zur Ausbildung in Systemischer Psychotherapie (Familientherapie) und Beratung an. Die im Programm beschriebenen Bedingungen sind Bestandteil des Vertrages. Für evtl. im Rahmen der Ausbildung entstehende Folgen erhebe ich keine Ansprüche. Mein Ausbildungsplatz gilt erst nach schriftlicher Bestätigung durch Spix als reserviert.

(Ort, Datum, Unterschrift)

EINZUGSERMÄCHTIGUNG (Datenweitergabe an Kreditinstitut) **(bitte in Druckbuchstaben!)**

Hiermit ermächtige ich

(Name und Anschrift Kursteilnehmer/in)

Spix e.V., 16 mal (ab Monat des Kursbeginns) jeden Monat einen Betrag von € 150,-
von meinem Konto

IBAN-Nr. _____

Kreditinstitut _____

abzubuchen.

(Ort, Datum, Unterschrift)