

Dr. med. Marc Fiddike
Grindelallee 91
D-20146 Hamburg

Allgemeinmedizin - Seminare
Ganzheitliche Therapie
www.ganzheitsarzt.de
praxis@dr-fiddike.de

Tel. 040 - 30 60 33 90
Fax. 040 - 39 10 91 88



SPOT

Endlich
auf den Punkt

Selbstorganisatorisch und
Prozessorientierte Therapie
und Theorie

Anmeldung zur Fortbildung SPOT-Basis an 3 Wochenenden

- 18.-20.2.22 / 25.-27.3.22 / 22.- 24.4.22 (Fr-So jeweils)
- Freitags jeweils 15-19 Uhr - Samstag von 10:00 - 19:00 Uhr, So 10 - 13 Uhr

Kosten: 450,- Euro pro Wochenende. Die Absagefrist beträgt 4 Wochen
Bitte Hausschuhe oder Ähnliches sowie 1 Decke mitbringen

Vorname / Nachname / Titel

Beruf/ Therap. Fortbildung / Coachingausb.

Straße / Hausnummer

Telefon / Fax

PLZ / Wohnort

E-Mail (Wichtig! Unbedingt angeben!)

ANMELDEBEDINGUNGEN:

Hiermit melde ich mich verbindlich für die genannten Fortbildungen an. Ich überweise die Kursgebühr von 450 Euro bis spätestens vier Wochen vor Kursbeginn. Die Kontodaten erhalte ich nach Anmeldung. Ich erkläre, selbstverantwortlich an der Fortbildung teilzunehmen und psychisch dazu in der Lage zu sein. Ich bin bereit, auch emotional belastende eigene Themen in den Kleingruppen zu behandeln und somit prinzipiell offen für den Selbsterfahrungsanteil der Fortbildung. Ich erkläre, dass ich eine therapeutische/berufliche Ausbildung (z.B. Approbation Medizin/Psychologie, Therapieausbildung, HP-Prüfung, Coaching Fortbildung o.ä.) absolviert habe. Ich erkläre ferner, dass ich aktiv in der Behandlung/Beratung von Patienten/Klienten tätig bin. Bei Ausfall eines Kurses wird der eingezahlte Betrag zurückerstattet. Weitergehende Ansprüche an den Veranstalter bestehen nicht. Bis sechs Wochen vor Kursbeginn ist ein Rücktritt bei einer Bearbeitungsgebühr von 50,- pro Kurs möglich. Bei späterem Rücktritt oder Verhinderung ist die volle Kursgebühr zu zahlen. Kursgebühren sind exklusive Unterkunft, Anreise und Verpflegung. Mit der Anmeldung erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten (Name, Titel, E-Mailadresse und die gebuchten Kurse) gemäß der DSGVO elektronisch gespeichert werden. Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass zu Beginn des von mir gebuchten Kurses eine Namensliste aller TeilnehmerInnen mit der E-Mailadresse an alle TeilnehmerInnen des Kurses verteilt wird. Sollte ich dies nicht wünschen, vermerke ich dies auf dieser Anmeldung explizit.

Bitte unterschreiben und **per Post** an mich schicken oder

Fax an 040 - 3910 9188 oder Scan/ Foto an praxis@dr-fiddike.de

Ort/ Datum



Unterschrift