KLINIKUM
WILHELMS
HAVEN

Anmeldung zum 21. Workshop „Praxis der Elektrokrampftherapie“ 06.12.2018 – 07.12.2018

An
Herrn Professor Dr. Here W. Folkerts
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Klinikum Wilhelmshaven gGmbH

Per FAX **04421-89-2091**
Per Mail **petra.kostka@klinikum-whv.de**

Hiermit melde ich mich zum Workshop Elektrokrampftherapie am 06. und 07. Dezember 2018 an.

Herr ( ) Frau ( ) (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Titel, Vorname, Name:_____

Anschrift :_____

_____**(oder Stempel).**

e-mail:_____

Zutreffendes bitte ankreuzen

( ) Die Teilnahmegebühr von 275,00 € (bei Anmeldung und Überweisung bis zum 31.10.2018, ab dem 01.11.2017 300,00 €) habe ich auf das Veranstaltungskonto Prof. Dr. Folkerts; Verwendungszweck: 21. EKT- Workshop, IBAN DE34 2802 0050 9017 7023 03, BIC OLBODEH2XXX, überwiesen.

( ) Ich bin Wiederholer des EKT- Workshops

( ) Ich möchte einen eigenen Kurzvortrag anmelden:

Titel:_____
(Rückmeldung erfolgt spätestens bis Ende September)

Ort_____ **Datum**_____

Anmeldung und Rücktritt. Anmeldungen sind verbindlich. Bei schriftlichem Rücktritt, der uns bis 15 Tage vor dem Workshop erreicht, wird der volle Seminarpreis erstattet. Danach bis zum 5. Tag vor dem Workshop werden bei Rücktritt 50% erstattet, anschließend wird der volle Preis erhoben (keine Rückerstattung). Sie können die Teilnahmeberechtigung jederzeit auf einen schriftlich von Ihnen zu benennenden Ersatzteilnehmer übertragen. Bei Absage des Seminars durch den Veranstalter aus organisatorischen Gründen oder infolge höherer Gewalt (z. B. Erkrankung des/der Referenten) wird die volle Workshopgebühr erstattet. Für vergebliche Aufwendungen oder sonstige Nachteile, die dem Teilnehmer durch die Absage entstehen, kommt der Veranstalter nicht auf.

Unterschrift_____ **Stempel**_____