

Anmeldung zum 22. Workshop
„Praxis der Elektrokrampftherapie“
05.12.2019 – 06.12.2019

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
05. und 06. Dezember 2019 an.

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

Titel, Vorname, Name: _____

Anschrift : _____

_____ (oder Stempel).

e-mail: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

() Die Teilnahmegebühr von 300,00 € (bei Anmeldung und Überweisung bis zum 31.10.2019, ab dem 01.11.2019 325,00 €) habe ich auf das Veranstaltungskonto Prof. Dr. Folkerts; Verwendungszweck: 22. EKT- Workshop, IBAN DE34 2802 0050 9017 7023 03, BIC OLBODEH2XXX, überwiesen.

() Ich möchte an der EKT-Behandlung am 06.12.2019 teilnehmen

() Ich möchte an der Abendveranstaltung am Donnerstag, 05.12.2019, (ggf. mit _____ Begleitperson) teilnehmen

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 _____