

**Christophorus-Kliniken GmbH**

Vollenstr. 10, 48249 Dülmen

Tel. 02594 92-47845; -47771

E-Mail: hans.urban@christophorus-kliniken.de; tanja.strotmann@christophorus-kliniken.de

Hiermit melde ich mich verbindlich, unter Anerkennung der u.a. Teilnahmebedingungen, für den **1. Dülmener Therapeuten Kongress 2018** an:

Teilnehmergebühr: 25.--€

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Praxis: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Workshop:

**Teilnahmebedingungen**

Die verbindliche Anmeldung erfolgt schriftlich zu den mit dieser Anmeldung verbundenen Bedingungen.

Dem Teilnehmer ist bekannt, dass die Bekanntgabe seiner persönlichen Daten zur Teilnahme an dem o.a. Kurs erforderlich ist. Die Organisatoren verwalten diese Daten streng vertraulich. Die Abgabe der Daten erfolgte freiwillig.

Die Kursgebühr ist unter Angabe des/r Namen/s und der Bemerkung „Dülmener Therapeutenkongress 2018“ auf folgendes Konto zu überweisen:

Christophorus-Kliniken GmbH, IBAN: **DE76 4015 4530 0045 0045 53**  
bei der Sparkasse Westmünsterland

Eine Abmeldung kann bis 7 Tage vor Kursbeginn mit Rückerstattung der gesamten Kursgebühr erfolgen.

Die Kursteilnehmer sind auch dann zur Zahlung der gesamten Gebühr verpflichtet, wenn Sie den Kurs nur unregelmäßig oder gar nicht besuchen.

Die Anmeldungen erfolgen in der Reihenfolge des Eingangs der Anmeldungen.  
Wird die Maximalteilnehmerzahl erreicht, erfolgt die Aufnahme in die Reserveliste.

Findet der Kongress nicht statt, werden bereits bezahlte Teilnehmergebühren rückerstattet.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

### Verbindliche Praxisanmeldung

Praxis: \_\_\_\_\_  
meldet die folgenden Mitarbeiter/Innen, unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen, für den  
**1.Dülmener Therapeuten Kongress 2018** an:

Name, Vorname	Geb.Dat.	Telefon	e-mail	Workshop

Datum: \_\_\_\_\_ Praxisstempel / Unterschrift \_\_\_\_\_