

ANMELDEFORMULAR



Veranstaltungstitel: Zweitägiges Einführungsseminar für TherapeutInnen/ÄrztInnen

„Therapeutische Zugänge zur infantilen Cerebralparese und Behandlung nach dem Bobathkonzept“

Termin: 13. November 2015 und 14. November 2015 – 09.00h bis 17.00h

Kosten: € 275,- (inkl. USt.)

Veranstalter: Wiener Sozialdienste, Camillo Sitte-Gasse 6, 1150 Wien,

Tel: 01/98 121-1121; FAX: 01/98 121-90; E-Mail: bobath@wiso.or.at

Anmeldung: Frau Herr

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Adresse: Plz, Wohnort: _____

Straße, Nr.: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Berufsgruppe: _____

aktuelle Arbeitsstelle: _____

Rechnung ergeht an Privatadresse: ja nein

Anschrift des Dienstgebers (bei Kostenübernahme):

Firma: _____

Rechnungsadresse: _____

Tel.: _____ E-Mail _____

Bei ungenügender TeilnehmerInnenanzahl oder sonstiger unvorhersehbarer Ereignisse behalten wir uns vor, die Ausbildung abzusagen oder zu verschieben. Bei zu vielen Anmeldungen führen wir eine Warteliste. Darüber hinaus entstehen seitens der TeilnehmerInnen keine weiteren Ansprüche.

Rücktritt:

Bis zu einer Woche vor Beginn der Veranstaltung können Sie kostenlos schriftlich stornieren. Danach ist die volle Teilnahmegebühr zu bezahlen. Selbstverständlich ist eine Vertretung der angemeldeten Person ohne Zusatzkosten möglich. Bitte in jedem Fall um rechtzeitige Information an die Ausbildungseinrichtung.

Datum und Unterschrift: _____