

Anmeldeformular Gruppenpsychotherapie - Ausbildung

Anrede: _____

Name, Vorname: _____

Titel: _____

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Approbation: ☐ PP ☐ KJP ☐ Ärzt*in ☐ keine

In Ausbildung: ☐ PP ☐ KJP ☐ MAPP ☐ anderes

Richtlinienverfahren: ☐ VT ☐ TP

☐ Hiermit melde ich mich für die Gruppenpsychotherapie-Ausbildung verbindlich an:

Theorie: ☐ 48 UE ☐ 32 UE

Zahlung: ☐ Einmalzahlung ☐ Ratenzahlung (12 Monate)

Behandlung: ☐ in eigener Praxis ☐ Lehrpraxis

Kosten Lehrpraxis: ☐ 1.200,00 € (optional)

Folgende Nachweise werden benötigt:

- Approbationsurkunde (bei abgeschlossener Ausbildung)
- Fachkundenachweis (bei abgeschlossener Ausbildung)
- aktueller Lebenslauf
- Ausbildungsbescheinigung

Bitte senden Sie Ihre ausgefüllte Anmeldung per E-Mail an folgende E-Mail-Adresse:
bewerbungsmanagement@mapp-institut.de

Ort, Datum

Unterschrift

Datenverarbeitung

- ☐ Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zur Kursanmeldung, -durchführung und -abrechnung erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Meine datenschutzrechtlichen Belange werden ohne Einschränkung gewährleistet. Es erfolgt keine Übermittlung meiner Daten an Dritte, außer im Rahmen der Kursdurchführung z. B. an Dozent*innen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen habe und diese jederzeit unter www.mapp-institut.de/datenschutz nachlesen kann.

Ort, Datum

Unterschrift