Kurzfortbildung

DGSP
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Anmeldecoupon (Bitte in Druckbuchstaben)

Name/Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ / Ort (mit Postzustellamt)

Telefon privat dienstlich

E-Mail

Beruf / Arbeitsfeld

Seminar (Nr.) von/bis

Seminar (Nr.) von/bis

Übernachtung: ☐ ja ☐ nein ☐ EZ ☐ DZ

Verpflegung: ☐ Normalkost ☐ vegetarisch

Rechnung an: ☐ Teilnehmer/-in ☐ Arbeitgeber

DGSP-Mitglied: ☐ ja Mitglieds-Nr. _____ ☐ nein

AG DGSP-Mitglied: ☐ ja Mitglieds-Nr. _____ ☐ nein

Name des Arbeitgebers

Anschrift des Arbeitgebers

Ich bin mit der Weitergabe meines Wohnortes und meiner Telefonnummer an die Seminarteilnehmer/-innen (wg. Mitfahrgelegenheit) einverstanden:

☐ ja ☐ nein

Datum / Unterschrift

Mit der Unterschrift erkenne ich die Geschäftsbedingungen an

Bitte per Fax oder Post an:

DGSP Geschäftsstelle

Zeltinger Str. 9

50969 Köln

Tel.: (0221) 51 10 02

Fax: (0221) 52 99 03

E-Mail: dgsp@netcologne.de