

LVR – Akademie
für seelische Gesundheit
Halfeshof 10, 42651 Solingen

Tel.: 0212/4007-210

Fax: 0221 / 8284 0534

www.akademie-seelische-gesundheit.lvr.de

Erstanmeldung:

Genehmigung der Ärztlichen Direktion
frühzeitig einholen und zugleich der
LVR-Akademie umgehend zusenden.

Danach Vereinbarung eines Vorge-
spräches über die LVR-Akademie.

Anmeldeschluss: 30.11.2017

Anmeldung

für das Seminar **12/2018** „Tiefenpsychologisch fundierte Selbsterfahrung für Ärztinnen und Ärzte
in der Weiterbildung“ Teil I vom **05.02. – 06.02.2018**, Teil II vom **19.03. – 20.03.2018**, Teil III vom
02.05. – 03.05.2018, Teil IV vom **04.06. – 05.06.2018** und Teil V vom **02.07. – 03.07.2018** in der
LVR-Akademie, Solingen

Herr
Frau

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Klinik/Institution:

Station:

Straße:

PLZ /Ort:

Tel.-Nr. /E-mail:

Arbeitsbereich:

Beruf:

Privatanschrift: Straße/Nr.:

Telefon:

PLZ/Ort:

E-mail:

Die Kursgebühr beträgt € 980,-

Angeboten wird die Übernachtung ab dem 01.01.2018 für je € 23,00. Dies schließt einen Frühstückssnack mit ein. Für
das Mittagessen werden je € 4,90 berechnet. Die Pausengetränke sind kostenlos. Ein Abendessen wird nicht
angeboten. Für die Übernachtung stehen Einzel- und Doppelzimmer in begrenzter Anzahl im Gästehaus zur Verfügung.

Verbindliche Anmeldung für Übernachtung: ja nein

Verbindliche Anmeldung für das Mittagessen: ja nein vegetarisch ja

Ich nehme zum 1. Mal an einem Seminar der LVR-Akademie teil: ja nein



Besondere Hilfe notwendig? Welche?

Falls Sie an der Teilnahme verhindert sind, melden Sie sich bitte rechtzeitig ab. Sollte die Abmeldung erst so spät bei
uns vorliegen, dass wir die Essensbestellung nicht rückgängig machen können, müssen wir Ihnen diese Kosten
berechnen.

Datum:

Unterschrift:

Bestätigung der Kostenübernahme für die o.g. Teilnahmeanmeldung

Bitte schicken Sie die Rechnung über (bitte jeweils auswählen)

die Kursgebühren	<input type="radio"/>	an die Klinik/Einrichtung	<input type="radio"/>	an Teilnehmer/-in
die Übernachtungskosten	<input type="radio"/>	an die Klinik/Einrichtung	<input type="radio"/>	an Teilnehmer/-in
die Verpflegungskosten	<input type="radio"/>	an die Klinik/Einrichtung	<input type="radio"/>	an Teilnehmer/-in

Für die Leitung der Klinik/Einrichtung:

Datum

Stempel/Unterschrift

Bitte alle Felder des Anmeldeformulars gut leserlich und in Druckschrift ausfüllen.