

Anmeldung zur Mini ICF APP Fortbildung im IVB 25.04.2024 & 26.04.2024 von 10:00 bis 17:00 Uhr

Name

Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Adresse privat Straße Postleitzahl + Ort	Ankreuzen Rechnungsadresse <input type="checkbox"/>
Adresse Arbeitsplatz/ Firma Straße Postleitzahl + Ort	Ankreuzen Rechnungsadresse <input type="checkbox"/>
E-Mail	
Telefon mobil	
Beruf	

Ich willige ein, dass meine zur Verfügung gestellten und personenbezogene Kontaktdaten zur Verarbeitung für den/die oben genannte(n) Zweck(e), bis auf Widerruf, verwendet werden dürfen.

Hybridveranstaltung

<input type="radio"/> Online Bitte ankreuzen	<input type="radio"/> Präsenz Bitte ankreuzen
---	--

Hiermit melde ich mich für die Mini ICF APP Fortbildung am IVB - Institut für Verhaltenstherapie Berlin GmbH an. Per E-Mail erhalten Sie eine Eingangsbestätigung und später eine Zusagebestätigung mit der Rechnung/Zoom-Link. (Bitte Spam-Ordner prüfen.)

Datum: _____

Unterschrift: _____