

**Fall- und Supervisionsseminar mit Heinz Huber
„Erfahrungen in der Behandlung von schwerer Pathologie“, in Bad Niedernau
28. Juni - 01. Juli 2018**

Emil-Schlegel-Klinik, Badstraße 85, 72108 Bad Niedernau
Seminargebühr: 500,- € / 4 Tage (gültig bis zum 01. Mai 2018, danach 520,- €)
Einzelne Tage 150,-€
Do. - So. 9:00 - 18:00 Uhr und So. 8.30 - 16:15 Uhr

**Emil-Schlegel-Klinik * Badstr. 85 * 72108 Bad Niedernau * Tel. 07472/936637-0 * Fax 07472/936637-10 *
seminar@emil-schlegel-klinik.de * www.emil-schlegel-klinik.de**

Mit der Post, Fax oder E-Mail: Hiermit melde ich mich verbindlich an. Die unten stehenden Teilnahmebedingungen erkenne ich an.

**Gesamtes Seminar: Seminargebühr: 500,- € bzw. 520,- €
Einzelne Tage jeweils 150,-€ Anzahl Tage _____**

Name / Vorname _____
Straße _____ PLZ / Ort _____
Telefon / Fax _____ E-Mail _____
Datum / Ort / Unterschrift _____

Sepa-Lastschriftmandat - Einmalige Zahlung: Ich ermächtige den Förderverein der Emil-Schlegel-Klinik, die einmalige Zahlung von meinem Konto mittels Sepa-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Förderverein der Emil-Schlegel-Klinik auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber _____ IBAN _____
Bankname / Ort _____ BIC _____
Betrag _____ Ort / Datum /
Unterschrift _____

Ja, ich möchte gerne den Newsletter der Emil-Schlegel-Klinik erhalten.

Teilnahmebedingungen:

Die Anmeldung für das Seminar wird durch die Anmeldebestätigung der Emil-Schlegel-Klinik wirksam. Der Rücktritt ist bis 4 Wochen vor Beginn des Seminars unter Einbehaltung einer Bearbeitungsgebühr von 25,- € möglich. Danach wird die volle Teilnahmegebühr einbehalten. Alle Informationen über Patientinnen und Patienten unterliegen strengster Schweigepflicht.

Einwilligungserklärung:

Ich habe die Teilnahmebedingungen gelesen und verstanden und stimme ihnen zu.

Name / Vorname _____
Datum / Ort / Unterschrift _____