



Institut für Psychologische Psychotherapie  
Prümerstraße 4  
44787 Bochum

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Berufsstand: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Bitte schicken Sie mir Ihren e-mail-Newsletter.

**Hiermit melde ich mich verbindlich an und erkenne die Teilnahmebedingungen an:**  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

<b>Weiterbildung in Klärungsorientierter Psychotherapie</b>	
<input type="checkbox"/> 10 Wochenenden	Gesamtkosten: 4500,00 € Zu zahlen in 24 Monatsraten zu je 187,50 €

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte beachten Sie:**

Für die **Weiterbildung in Klärungsorientierter Psychotherapie** gilt:  
Nach Erhalt Ihrer Anmeldung übersenden wir Ihnen einen Weiterbildungsvertrag. Diesen schicken Sie uns bitte unterschrieben zurück, wodurch Ihnen ein Platz im Kurs garantiert wird. Die Überweisungsdaten für diese Seminare entnehmen Sie bitte ausschließlich diesem Vertrag.