

Anmeldung zur Fortbildungsveranstaltung

„Fortbildung für die psychoonkologische Praxis“

Name, Vorname	Mitgliedsnummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Tel.	E-Mail

Hiermit melde ich mich verbindlich zu der Fortbildungsveranstaltung „Fortbildung für die psychoonkologische Praxis“ am Freitag und Samstag, 10. und 11. Juli 2015, in der Geschäftsstelle der PTK Bayern, Birketweg 30, 80639 München. Beginn am Freitag um 13.15 Uhr.

Die Gebühr für die Veranstaltung beträgt 290,00 €.

Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eintreffens berücksichtigt.

Die Teilnahmebedingungen entnehmen Sie bitte der Rückseite.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Anliegend finden Sie auch das SEPA-Lastschriftmandat, wenn Sie die Gebühr von Ihrem Konto abbuchen lassen möchten. Sollten Sie eine Abbuchung wünschen, so füllen Sie dieses bitte aus und senden es **postalisch im Original mit der Anmeldung oder innerhalb von 10 Werktagen** an uns zurück.

Bankdaten zur Überweisung

Kontoinhaber: PTK Bayern
Bank: HypoVereinsbank
IBAN: DE57700202700666809998
BIC: HYVEDEMMXXX

An die PTK Bayern
Fortbildung: **Psychoonkologie, DMP**
Postfach 151506
80049 München

Teilnahmebedingungen:

Sie erhalten von uns eine **Anmeldebestätigung** mit Rechnung. Wir bitten um Anmeldung bis spätestens Montag, 06.07. 2015.

Bei Absage der Veranstaltung seitens der Kammer wird die Teilnahmegebühr voll zurückerstattet. Darüber hinausgehende Ansprüche bestehen nicht.

Erfolgt eine – wenn auch unverschuldete – Absage des Teilnehmers bis zum 19.06.2015, so wird für die **Stornierung** eine **Bearbeitungsgebühr i.H.v. 25,00 €** einbehalten. Nach diesem Zeitpunkt erfolgt **keine** Rückvergütung der Teilnahmegebühr. Bitte geben Sie uns Ihren Rücktritt **schriftlich** bekannt.

Selbstverständlich ist die **Vertretung** eines angemeldeten Teilnehmers ohne zusätzliche Verwaltungskosten möglich.

Vorsorglich möchten wir darauf aufmerksam machen, dass wir uns eventuelle kleine Programmänderungen vorbehalten müssen.

Für die Veranstaltung können 17 Fortbildungspunkte angerechnet werden.

Fortbildungsbescheinigungen werden vor Ort am Schluss der Veranstaltung ausgegeben.

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

**Bayerische Landeskammer
der Psychologischen Psychotherapeuten
und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

Gläubiger-Identifikationsnummer DE96ZZZ00000816727
Mandatsreferenz **wird separat mitgeteilt**

SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige die Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, **einmalig** eine Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 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.

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ Ort: _____
Kreditinstitut: _____
IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __
BIC: _____ | ____

Datum Ort Unterschrift

Bitte zurücksenden an:

**PTK Bayern
Fobi: Psychoonkologie
Postfach 15 15 06
80049 München**