

Anmeldung (bitte in Blockschrift ausfüllen)

Hiermit melde ich mich für die Fortbildung „**Supervision für Supervisor*innen**“ in der Klinik am Waldschlößchen an. Mit der Zahlung der Teilnahmegebühr wird die Anmeldung verbindlich.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Institution

Ort, Datum, Unterschrift