

## Anmeldebogen (Gruppenselbsterfahrung)



APP KÖLN  
Akademie für angewandte  
Psychologie und  
Psychotherapie GmbH

Zustellung bitte per E-Mail ([aerzteweiterbildung@app-koeln.de](mailto:aerzteweiterbildung@app-koeln.de)),  
per Post (APP Köln, Hauptstraße 305, 51143 Köln) oder per Fax: (0 22 03) 5 33 99.

Name, Vorname (Titel, akadem. Grad): .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Email (wichtig!): .....

Telefon: .....

Abweichende Rechnungsadresse: .....

Ärztliche/r Psychotherapeut/in, Facharzt: .....

Arzt/Ärztin, in Weiterbildung bei/Facharzt: .....

PP/KJP (ggf. in Ausbildung bei): .....

Berufstätig als/bei: .....

Hiermit melde ich mich zu folgendem Termin (Gruppenselbsterfahrung) an:

in NRW (ohne Unterkunft):

APP Köln

APP Siegburg

Praxis des Dozenten

auf Mallorca:

Palma/Hotel Feliz

Alcudía/ Hotel las Gaviotas

Unterkunft:

Zimmer zum Hafen/Meer (110,-) oder

Unterkunft:

(Zimmer 107,- )

Zimmer zum Land (90,-)

Nach Anmeldung und Erhalt der Rechnung überweise ich die Anzahlung von 10% des gesamten Rechnungsbetrages innerhalb von 10 Werktagen zur verbindlichen Anmeldung auf das unten angegebene Konto der APP KÖLN. Der Restrechnungsbetrag wird vier Wochen vor dem ersten Veranstaltungstag fällig. Bei Anmeldungen kürzer als vier Wochen vor einer Veranstaltung ist der gesamte Rechnungsbetrag innerhalb von 3 Werktagen zu überweisen. Die Anmeldung ist verbindlich nach Zahlungseingang. Ich verpflichte mich zur Einhaltung der Teilnahmeregeln und -bedingungen, über welche ich informiert wurde.

[Weiter auf der Rückseite →](#)

**Rücktrittsgebühren:**

- Bei einer Abmeldung ab 4 Wochen vor dem ersten Veranstaltungstag werden 10% der Teilnahmegebühr des jeweiligen Veranstaltungstags einbehalten.
- Bei einer Abmeldung ab 2 Wochen vor dem ersten Veranstaltungstag werden 50% der Teilnahmegebühr des jeweiligen Veranstaltungstags einbehalten.
- Bei Abmeldung kürzer als 1 Woche vor dem ersten Veranstaltungstag oder bei nicht erfolgter Abmeldung werden die Teilnahmegebühren des jeweiligen Veranstaltungstags in vollem Umfang einbehalten.

**Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Zahlungs- und Rücktrittsmodalitäten der APP KÖLN. Die Teilnahmebedingungen der Weiterbildung habe ich zur Kenntnis genommen**

**Bemerkung:**

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift**

---