

# Sybille Hartung

---

Ärztliche Psychotherapeutin

Schröttinghauserstr. 265  
33739 Bielefeld

Telefon: 05203/97 77 48

E-mail: praxis@sybille-hartung.de

## Anmeldung

Ich melde mich für

---

unter der Leitung von Sybille Hartung verbindlich an.

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Den Betrag von € \_\_\_\_\_ habe ich überwiesen auf das Konto: Praxis Hartung,  
IBAN DE67 4786 0125 1445 1806 00

**Stichwort** „\_\_\_\_\_“

Der Platz ist gesichert bei Eingang der Teilnahmegebühr.

### **Teilnahmebedingungen:**

Ich übernehme für meine Handlungen, insbesondere für Schäden, die ich mir selber, anderen Menschen oder Dingen zufüge, die volle Verantwortung. Wenn ich in ärztlicher/psychotherapeutischer Behandlung bin, teile ich dies der Leiterin mit. Bei Rücktritt bis zu vier Wochen vor Seminarbeginn werden € 30,00 Bearbeitungsgebühr und danach der volle Betrag einbehalten.

### **Datum/Unterschrift:**

Steuernummer 305/5081/1595

Ich bin als Ärztin gemäß §4 Nr. 14. von der Umsatzsteuer befreit.