



## Anmeldekarte

**EMDR Praxisseminar am Samstag, 05.11.2016 von 14.00 Uhr – 18:00 Uhr**

**Die Teilnehmerzahl ist auf 16 begrenzt.**

**Verbindliche Anmeldungen per Email oder Fax bitte an:**

Nadine Topp  
Klinik am Waldschlößchen  
Sudhausweg 6  
01099 Dresden

Email: [n.topp@klinik-waldschloesschen.de](mailto:n.topp@klinik-waldschloesschen.de)

Tel.: 0351/ 448 320 87

Fax: **0351/ 658 777 20**

**Teilnahmegebühr:** 80,00 €

Der Zahlungseingang der Seminaregebühr gilt als verbindliche Anmeldung. Der Rücktritt von einer Anmeldung ist nur schriftlich möglich. Bei einer Abmeldung nach dem 09.10.2016 kann die Gebühr nicht rückerstattet werden.

### **Bankverbindung:**

Empfänger: Klinik am Waldschlößchen

Deutsche Apotheker- und Ärztebank

IBAN: DE29300606010007010796, BIC: DAAEEDDD

### **Bitte in Blockschrift ausfüllen:**

#### **Buchung:**

Name, Vorname: .....

Institution: .....

Beruf, Weiterbildung: .....

Adresse: .....

Telefon:.....

E-Mail: .....

Datum, Unterschrift:.....