



ANMELDEFORMULAR GRUPPENSUPERVISION

Datum _____

Name, Geb.datum

Adresse

Tel./e-mail

Die Kosten für die Gruppensupervision ihrer Wahl sind zahlbar als Gesamtbetrag in der auf der Website veröffentlichten oder individuell vereinbarten Höhe in bar vor Ort (nur bei Präsenzveranstaltung möglich) bzw. 3 Tage vor Stattfinden des Termins auf folgendes Konto:

Christa Kühleitner Praxis / AT64 3432 2000 0050 2682 / BIC RZOOAT2L322.

Ort, Datum

Unterschrift