

bvvp-Hamburg

c/o Dipl.-Psych. Beate Glüsing
Klapperhof 2
21033 Hamburg

per Post, Fax oder Email an:

Tel.: 040/726 92 778
Fax: 040/726 92 688
Email: bvvp-Hamburg@bvvp.de

Anmeldung zum **QM-Folgeseminar** des ***bvvp-Hamburg*** am 18.02.2012

Hiermit melde ich mich für das Seminar

**„Internetgestütztes Qualitätsmanagement in der
Psychotherapeutischen Praxis mit q@bvvp
- level 3: Die jährliche Überprüfung“ –
(mit fakultativem Einsatz der PC-Version)**

am Samstag, den 18.02.2011 von 10.00 bis ca. 15.00 Uhr im Ärztehaus Hamburg, Saal 1,
Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg, verbindlich an.

- Ich möchte als **Neueinsteiger** an diesem Seminar teilnehmen und bestelle einen QM-Ordner für **40 €**
- Ich bin Mitglied des ***bvvp-Hamburg*** (oder eines anderen Landesverbandes ***bvvp***)
Landesverband _____
und zahle inkl. Material und **Imbiss** **70 €**
- Ich bin **kein** Mitglied des ***bvvp-Hamburg*** (oder eines anderen Landesverbandes ***bvvp***)
und zahle inkl. Material und **Imbiss** **120 €**
- Ich besitze eine **gültige Lizenz q@bvvp**

Mir ist bekannt, dass eine gültige Lizenz für q@bvvp eine unerlässliche Vorbedingung für die Teilnahme am Seminar darstellt.

Der ***bvvp-Bundesverband*** (zuständig für die Lizenz) ist tel. zu erreichen unter: 0761 – 79 10 245
oder über www.bvvp.de ->Service -> QM.
Für Neumitglieder ist die Lizenz im ersten Mitgliedsjahr kostenfrei!

Sollte die Teilnehmerzahl unter 12 liegen, so kann das Seminar leider nicht stattfinden und Sie erhalten umgehend Ihr Geld zurück. Die Teilnehmerzahl ist auf max. 25 Teilnehmer begrenzt.

Mit dem Einzug der Teilnahmegebühr über Lastschrift bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift

**„Internetgestütztes Qualitätsmanagement in der
Psychotherapeutischen Praxis mit q@bvvp
– level 3: Die jährliche Überprüfung“**

Veranstalter ***bvvp-Hamburg***
Referent: **Dr. med. Uwe Bannert**
Zeit **18.02.2012, 10.00 bis ca. 15.00 Uhr**

Einzugsermächtigung für Kostenbeitrag für o.g. Seminar

von 70,00 € (Mitglied in einem Landesverband des ***bvvp***)
von 120,00 € (Nichtmitglied in einem Landesverband des ***bvvp***)
von 40,00 € für den QM-Ordner

Kontoinhaber:

Vorname Name

Konto-Nr.: _____

BLZ: _____

Geldinstitut: _____

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

(bitte beide Formulare per Post oder Fax an die Geschäftsstelle in Hamburg)