

Anmeldeformular

Mail: buettner@paritaet-sh.org

Fax: 04 31 / 56 02-78

Paritätischer Wohlfahrtsverband
Schleswig-Holstein e. V.
Zum Brook 4
24143 Kiel

Hiermit melde ich mich/melden wir uns für die folgende Veranstaltung an:

Landesweites Treffen der Psychose-Seminare am 2. Oktober 2015

Name, Vorname: _____

Einrichtung: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Tel./E-Mail: _____

Ich möchte gern an der Arbeitsgruppe **Nr.** ☐ teilnehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Adresse weiterhin im Verteiler der landesweiten Psychose-Seminare verbleibt: Ja ☐ Nein ☐

Ich benötige folgende Unterstützung _____

(Nach Durchführung der Veranstaltung werden die hier beschriebenen persönlichen Angaben sofort gelöscht.)

Datum: _____

Unterschrift/Stempel: _____