

Bitte per Fax an: 0421/408-2717



Institut für Qualifizierung und  
Qualitätssicherung in der Kinder-  
und Jugendpsychiatrie

**Institutsleitung**  
**Katharina Zirwes**

Züricher Straße 40/Hs.21-B  
28325 Bremen

☎: 0421/408-1606 Ltg.  
katharina.zirwes@gesundheitnord.de

☎: 0421/408-2719 Sekr.  
☎: 0421/408-2717  
silke.poolke-hess@klinikum-bremen-ost.de

## Anmeldebogen für die Veranstaltung

# Paradoxe Intervention

Wird noch bekanntgegeben

Ich/Wir melde(n) unser(n) Mitarbeiter:in

Frau/Herrn .....

Anschrift: .....

Mailadresse d. Teilnehmer:in: .....

**(Unbedingt leserlich angeben; die gesamte Korrespondenz bezüglich der Fortbildung läuft über E-Mail-Kontakt)**

Ich/Wir stellen Frau/Herrn ..... an dem Seminartag frei.

Der/Die Teilnehmer:in hat noch nicht alle Seminare für die Weiterbildung bis ..... absolviert.

Ich/Wir übernehmen die Kosten in Höhe von 120,00 € (Kliniken im Kooperationsverbund) bzw. 160,00 € (andere Organisationen).

.....

.....

.....

(Name und Anschrift der Klinik/Organisation)

Bei einer Absage einer vom Institut bestätigten Anmeldung nach dem **XX.XX.XXXX** sind 50% der Teilnehmergebühr zu entrichten. Bei der Absage einer vom Institut bestätigten Anmeldung nach dem **XX.XX.XXXX** sind 100% der Teilnehmergebühr zu entrichten. Die Benennung von Ersatzteilnehmer:innen obliegt ausschließlich dem Institut QuQuK.

.....  
(Datum)

.....  
(Unterschrift)

**Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, wird die Anmeldung erst durch eine schriftliche Bestätigung durch das Institut wirksam.**