



Institut für Autismusforschung
Hans E. Kehrler e. V.
Dr. Ragna Cordes
Herbartstr. 12a
28757 Bremen



ANMELDUNG

Berufliche Weiterbildung: Autismustherapie I (Grundkurs)

Stichwort: Autismus Grundkurs Bremen 21

Kursnummer: 64082

Name, Vorname: _____

Firma / Institution: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

E-Mail: _____

Qualifikation: _____

Arbeits- u. Berufsfeld: _____

Approbation: PP KJP Ärzt*in Keine _____

Therapie mit mind. einem autistischen Kind in folgender Einrichtung möglich: _____

Teilnahme am **Aufbaukurs zum „Autismustherapeuten (VT)“** geplant: Ja Nein _____

DGVT-Mitglied: Ja, Mitgliedsnummer: _____ Nein

Teilnahmebedingungen und Rücktrittsregelungen

Bitte beachten Sie, dass die Anmeldung erst verbindlich wird, wenn uns neben dem ausgefüllten Anmeldeformular auch das von Ihnen erteilte SEPA-Lastschriftmandat unterzeichnet vorliegt. Anstelle des SEPA-Lastschriftmandats kann auch eine schriftliche Bestätigung des Arbeitgebers, dass er die Fortbildungskosten in voller Höhe trägt, vorgelegt werden. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eintreffens berücksichtigt. Teilnehmer*innen, die planen am Aufbaukurs teilzunehmen, werden bevorzugt aufgenommen. In der Regel erhalten Sie spätestens 4 Wochen vor Veranstaltungsbeginn die Anmeldebestätigung mit allen für Sie erforderlichen Informationen.

Der Rücktritt ist bis spätestens 4 Wochen vor Veranstaltungsbeginn gegen eine Bearbeitungsgebühr von 25,-Euro möglich; bei späterem Rücktritt wird die gesamte Kursgebühr fällig. Vermitteln Sie uns eine Ersatzperson oder besteht auf unserer Seite eine Warteliste, aus der Teilnehmer*innen nachrücken können, fällt lediglich die Bearbeitungsgebühr an. Ihr Rücktritt muss *schriftlich* an o.g. Adresse erfolgen. Sollten die von Ihnen gewählten Veranstaltungen nicht stattfinden können, erstatten wir Ihnen die Teil-

nahmegebühr in voller Höhe zurück. Geben Sie dafür bitte auf dem Anmeldevordruck Ihre *Bankverbindung* (Bank, IBAN, BIC) an. Bitte senden Sie keine Anmeldungen an die Referent*innen oder Veranstaltungsorte. Die Kurse können **nicht** einzeln gebucht werden.

	Termine	Umfang	Preis	Ort
<input type="checkbox"/>	2021 06.-08.05.2021 17.-19.06.2021 09.-11.09.2021 11.-13.11.2021 16.-18.12.2021 2022 13.-15.01.2022 10.-12.03.2022 28.-30.04.2022 16.-18.06.2022 Abschlusskolloquium: 26.-27.08.2022 Mai 2021 bis August 2022 9 Kurse, 1 Kolloquium	 Insgesamt 184 UE	Gesamtpreis (inkl. Abschlusskolloquium) <input type="checkbox"/> 2.730,- Euro (DGVT-Mitglied) <input type="checkbox"/> 2.980,- Euro (Nicht-Mitglied)	 Bremen

Ich erkläre mich mit den in der Ausschreibung genannten Anmelde- und Rücktrittskonditionen einverstanden und melde mich mit nachfolgender Unterschrift **verbindlich** für die Fortbildung an.

Ort, Datum

Unterschrift

Wir versichern, dass die Datenschutzbestimmungen des Bundes eingehalten werden. Ihre Angaben werden nur zum Zwecke der Organisation und Planung des Weiterbildungsangebotes erfasst und verwendet.

Ich bin mit der Weitergabe meines Wohnortes und meiner Telefonnummer an die anderen Seminarteilnehmer*innen einverstanden. Ja Nein

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige das Institut für Autismusforschung Hans E. Kehler e.V. (IFA) Gebühren von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom IFA auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Der Teilnahmebeitrag wird 1 x jährlich abgebucht.

Abbuchung	Nicht-Mitglied	DGVT-Mitglied
01.04.2021:	400 Euro	300 Euro
01.08.2021:	1.700 Euro	1.600 Euro
01.02.2022:	880 Euro	830 Euro

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE25ZZZ00001339962
Mandatsreferenz: 64080-__

Kontoinhaber*in: _____ Bank: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Datum, Ort: _____ Unterschrift: _____