Systemisches Institut Mitte

Psychiatrische Diagnosen
29. bis 31. Januar 2026

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Arbeitsbereich: _____

Telefon privat: _____ dienstlich: _____

E-Mail-Adresse: _____

Die Kosten für die dreitägige Fortbildung betragen 390Euro.

☐ Die AGBs habe ich erhalten und akzeptiere sie mit meiner Unterschrift. (bitte ankreuzen)

☐ Datenschutz: Meine Daten dürfen zur Kontaktaufnahme, zur Kursbuchung und für Nachfragen dauerhaft verarbeitet werden. Ich kann dies zukünftig widerrufen. Es gilt die Datenschutzerklärung, die ich zur Kenntnis genommen habe. (bitte ankreuzen)

☐ Ich möchte Informationen per Mail (SYIM-Newsletter) erhalten und dokumentiere dies mit meiner Unterschrift.

_____ _____

Ort, Datum Teilnehmer*in

Dieses Anmeldeformular bitte unterschrieben an folgende Adresse schicken: Systemisches Institut Mitte l Hermann-Mattern-Straße 73 I 34134 Kassel oder per E-Mail an mail@syim.de