

# Anmeldeformular

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Ich melde mich für folgendes Fortbildungs-Modul an:**

Datum: \_\_\_\_\_

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Dozierende/Kurs-Nr.: \_\_\_\_\_

Ich bin ASP-Mitglied:       ja       nein

Sonstige Mitgliedschaften: \_\_\_\_\_

Bemerkungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

**Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ASP**

Sekretariat

Riedtlistrasse 8

8006 Zürich

**E-Mail:** [claudia.menolfi@psychotherapie.ch](mailto:claudia.menolfi@psychotherapie.ch)

**Telefon:** 043 268 93 00

**Web:** [www.psychotherapie.ch](http://www.psychotherapie.ch)