

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

Telefon: 043 268 93 00

Web: www.psychotherapie.ch