

Piechotta Qualitätsmanagement
Rosmarinstr. 12 L

Fax 0211 - 488 205

40235 Düsseldorf

Hiermit melde ich mich zum Kurs

Aufbau von QM in der psychotherapeutischen Praxis nach QM-Richtlinie
in Köln-Porz an.

(Termin bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|---------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 15.1. - 16.1.10 | Freitag | 12.00 - 19.30 Uhr |
| | Samstag | 9.00 - 17.00 Uhr |
| <input type="checkbox"/> 5.2. - 6.2.10 | Freitag | 12.00 - 19.30 Uhr |
| | Samstag | 9.00 - 17.00 Uhr |
| <input type="checkbox"/> 23.4. - 24.4.10 | Freitag | 12.00 - 19.30 Uhr |
| | Samstag | 9.00 - 17.00 Uhr |

Vorname, Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon / Telefax _____

e-mail _____

Teilnahme mit Laptop ohne Laptop

Die **Teilnahmegebühr** von **460,- €** habe ich auf das Konto bei der Postbank Nürnberg,
BLZ 760 100 85, Konto-Nr. 2987 73 851 (Verwendungszweck: QM-Kurs) überwiesen.

Bitte beachten: Die Anmeldung ist erst nach Eingang der Teilnahmegebühr gültig und wird in
der Reihenfolge des Zahlungseingangs berücksichtigt.

Mit den Teilnahmebedingungen (s. Website www.psyqm.de) erkläre ich mich einverstanden.

Datum

Unterschrift