

An das ATZ Köln

per FAX: 0221 / 97 72 56 - 16

Neusser Straße 786  
50737 Köln

per Mail: [info@autismus-koeln.de](mailto:info@autismus-koeln.de)

## **Hiermit melde ich mich an zum**

Seminar Nr. / Titel: \_\_\_\_\_

### **TeilnehmerIn**

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

### **Privatanschrift**

Straße \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

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

### **Rechnungsanschrift**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Institution**

\_\_\_\_\_

### **Bezug zum Thema ‚Autismus‘**

(Mutter, Vater eines autistischen Menschen, beruflicher Kontext, o.ä.):

\_\_\_\_\_

### **Ich buche den Kurs im Rahmen der Zertifiz. Kölner Autismus Weiterbildung**

Das Seminar „Autismus – Einführung in Erscheinungsformen und Therapiemöglichkeiten“ habe ich besucht am:

Ich benötige für das **Seminar Nr. 12 (09.-10.10.2019)** eine Teilnahmebescheinigung für die Anerkennung der Fortbildungspunkte bei der Psychotherapeuten Kammer und bringe am Veranstaltungstag den entsprechenden Barcode mit.

Ich benötige für das **Seminar Nr. 17 (22.11.2019)** eine Teilnahmebescheinigung für die Anerkennung der Fortbildungspunkte bei der Psychotherapeuten Kammer und bringe am Veranstaltungstag den entsprechenden Barcode mit.

Ich bin damit einverstanden, dass meine hier eingegebenen Daten zur Bearbeitung meiner Anmeldung verwandt werden. Hinweise zu Datenschutz und Widerrufsrecht finden Sie unter <https://www.autismus-koeln.de/kontakt/datenschutz.htm>