

Meldung freier Gruppentherapieplätze

Monat: _____
Name, Vorname: _____
MEDI ID: _____
E-Mail-Adresse: _____
 (freiwillige Angabe)

Praxisstempel

- Ich behandle auch Kinder und Jugendliche
- Ich behandle ausschließlich Kinder und Jugendliche
- Ich behandle ausschließlich Erwachsene
- Ich stimme der Weiterverarbeitung und Veröffentlichung der hier angegebenen Daten (Name, Adresse, freie Kapazitäten und ggf. E-Mail-Adresse) durch die MEDIVERBUND AG zu. Kapazitätsänderungen werde ich der MEDIVERBUND AG umgehend schriftlich mitteilen.

Unterschrift: _____

<u>Angebot:</u>	<u>Anzahl freier Plätze:</u>	<u>Datum / Wochentag / Uhrzeit:</u>
<i><u>Beispiel:</u> Gruppe sozialer Kompetenzen (oder Depressionsgruppe usw.) für Erwachsene</i>	<i><u>Beispiel:</u> 2</i>	<i><u>Beispiel:</u> Ab sofort, wöchentlich montags, 15:00 Uhr</i>

Zu Faxen an die Nummer: **(07 11) 80 60 79-533**

