

***bvvp-Hamburg***

c/o Dipl.-Psych. Beate Glüsing  
Klapperhof 2  
21033 Hamburg

**per Post, Fax oder Email an:**

Tel.: 040/726 92 778  
Fax: 040/726 92 688  
Email: [bvvp-Hamburg@bvvp.de](mailto:bvvp-Hamburg@bvvp.de)

Anmeldung zum **QM-Folgeseminar** des ***bvvp-Hamburg*** am 30.10.2010

Hiermit melde ich mich für das Seminar

**„Internetgestütztes Qualitätsmanagement in der  
Psychotherapeutischen Praxis mit q@bvvp  
- level 3: Die jährliche Überprüfung“**

(mit fakultativem Einsatz der PC-Version)

am Samstag, den 30.10.2010 von 10.00 bis ca. 15.00 Uhr  
im Ärztehaus Hamburg, Saal 4  
Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg

verbindlich an.

- Ich bin Mitglied des ***bvvp-Hamburg*** (oder eines anderen Landesverbandes ***bvvp***)  
und zahle inkl. **Imbiss** **70 €**
- Ich bin **kein** Mitglied des ***bvvp-Hamburg*** (oder eines anderen Landesverbandes ***bvvp***)  
und zahle inkl. **Imbiss** **120 €**
- Ich besitze eine **gültige Lizenz** **q@bvvp**

**Mir ist bekannt, dass eine gültige Lizenz für q@bvvp eine unerlässliche Vorbedingung für die Teilnahme am Seminar darstellt.**

Der ***bvvp-Bundesverband*** (zuständig für die Lizenz) ist tel. zu erreichen unter: 0761 – 79 10 245  
oder über [www.bvvp.de](http://www.bvvp.de) ->Service -> QM.  
Für Neumitglieder ist die Lizenz im ersten Mitgliedsjahr kostenfrei!

Sollte die Teilnehmerzahl unter 12 liegen, so kann das Seminar leider nicht stattfinden und Sie erhalten umgehend Ihr Geld zurück. Die Teilnehmerzahl ist auf max. 25 Teilnehmer begrenzt.

Mit dem Einzug der Teilnahmegebühr über Lastschrift bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift

**„Internetgestütztes Qualitätsmanagement in der  
Psychotherapeutischen Praxis mit [q@bvvp](mailto:q@bvvp)  
– level 3: Die jährliche Überprüfung“**

Veranstalter ***bvvp-Hamburg***  
Referent: **Dr. med. Uwe Bannert**  
Zeit **30.10.2010, 10.00 bis ca. 15.00 Uhr**

**Einzugsermächtigung für Kostenbeitrag für o.g. Seminar**

von 70,00 €  (Mitglied in einem Landesverband des ***bvvp***)

von 120,00 €  (Nichtmitglied in einem Landesverband des ***bvvp***)

Kontoinhaber:

\_\_\_\_\_  
Vorname Name

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

(bitte beide Formulare per Post oder Fax an die Geschäftsstelle in Hamburg)