

LWL-Koordinationsstelle Sucht

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Koordinationsstelle Sucht
48133 Münster



Hiermit melde ich mich verbindlich zum Zertifikatskurs an.

Angaben zur Person:

Name, Vorname:

Name und Anschrift
der Dienststelle:

.....
.....

Telefon:

E-Mail:

Berufsabschluss:

Arbeitsbereich:

Privatanschrift:

.....
.....

Geburtsdatum:

Tel.-Nr. (privat):

Hiermit bestätige ich in der Psychosozialen Beratung Substituierter eingesetzt zu sein; über einen Fach-/ Hochschulabschluss in der Sozialen Arbeit oder über einen alternativen Berufsabschluss mit mindestens einjähriger Praxiserfahrung in der PSB zu verfügen.

Hinweis:

Ein eventueller Rücktritt muss schriftlich erfolgen. Bei Rücknahme Ihrer Anmeldung bis 30 Tage vor Veranstaltungsbeginn entstehen Kosten in Höhe der ausgewiesenen Unterkunfts-/Verpflegungskosten, ansonsten sind die gesamten Kursgebühren zu zahlen. Wenn Sie den Platz einem/r Ersatzteilnehmer/in weitergeben, fallen keine Kosten an. Voraussetzung dafür ist, dass auch hier die Zulassungsvoraussetzungen erfüllt sind. Ihnen ist bekannt, dass Ihre Daten für die Tagungsorganisation gespeichert werden und ggf. auf der Teilnehmerliste erscheinen

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift