

ANMELDUNG FÜR DIE TEILNAHME AM ELTERNTRAINING

Unter der Voraussetzung, dass es zu einer Kostenübernahme durch die Krankenkasse kommt, melde ich hiermit mich für das folgende Elterntraining an.

☐ wohnortnah

Ort

Wunschtermin

☐ im Asthmazentrum Berchtesgaden

Wunschtermin

Mutter Vater

Geburtsdatum

Anschrift der Eltern
.....

Tätigkeit der Eltern
.....

Telefon privat Handy

Telefon dienstlich

Während des Zeitraumes möchten wir im Asthmazentrum wohnen.

☐ ja, Anzahl der Personen:

☐ nein

Während des Zeitraumes möchten wir im Asthmazentrum gepflegt werden.

☐ ja, Anzahl der Personen:

☐ nein

.....

Datum, Unterschrift

Institut
für angewandte
Verhaltensmedizin
GmbH

www.iav-verhaltenstraining.de
info@iav-verhaltenstraining.de

Geschäftsstelle Berlin
Hermann-Hesse-Straße 64
13156 Berlin
Telefon (030) 47379020
Telefax (030) 47379021

Geschäftsstelle Dortmund
Feldgarten 33
44388 Dortmund
Telefon (0231) 6904310
Telefax (0231) 6904311

Bankverbindung
Volksbank
Dortmund-Nordwest eG
(BLZ 44060122)
Konto-Nr. 5023681200

Gemeinnützige GmbH
Amtsgericht Charlottenburg
HRB 74605