

KIKT  
**Kölner Institut für Kindertherapie**  
Antwerpener Str. 46

50672 Köln

## Anmeldung

Ich melde mich unter Anerkennung der Anmeldebedingungen verbindlich an:

Veranstaltung:

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Name

Vorname

Straße

PLZ, Ort

Tel. tagsüber

Fax

E-mail

Geburtsjahr

Beruf

Die Zahlung der Teilnahmegebühr von \_\_\_\_\_ Euro erfolgt:

Durch den beigefügten Verrechnungsscheck

Nach Erhalt der Anmeldebestätigung durch Überweisung innerhalb von 5 Tagen auf das KIKT-Konto:

Postbank Dortmund Kto. 809431-466 BLZ 440 100 46

Ich erkläre, dass ich in der Lage bin, an der Veranstaltung selbstverantwortlich teilzunehmen

Ort / Datum

Unterschrift