



DGH Weiterbildungszentrum Rhein-Ruhr  
c/o Frau Claudia Weinspach  
Zum Guten Hirten 94  
48155 Münster

*Bitte senden Sie uns die  
Anmeldung ausgefüllt  
und unterschrieben - gern  
per Mail, Fax oder Post.  
info@claudia-weinspach.de  
Fax: 0251/1334239*

Hiermit melde ich mich verbindlich für die **Gruppensupervision** im Rahmen der Therapiekurse an (3 Supervisionseinheiten pro Therapiekurs T1, T2, T3, T4):

SV-T1

SV-T2

SV-T3

SV-T4

Titel \_\_\_\_\_

Vorname, Nachname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon (privat) \_\_\_\_\_

Telefon (dienstlich) \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Die Kosten betragen pro Gruppensupervision 75 € (= 3 Supervisionseinheiten), für alle vier Gruppensupervisionen 300 € (= 12 Supervisionseinheiten).

**Ich habe die Anmeldebedingungen sowie die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift