


<b>Bereich:</b> GGZ/ASIGG/ Basale Stimulation	<b>Zertifikatslehrgang</b> Praxisbegleiterin / Praxisbegleiter Basale Stimulation nach Prof. Dr. Fröhlich®	 GERIATRISCHE GESUNDHEITZENTREN
<b>Seite:</b> 1 von 1		

**Anmeldeformular zum Zertifikatslehrgang (ZLG)** (bitte in Blockschrift ausfüllen)

**Praxisbegleiterin / Praxisbegleiter Basale Stimulation®**

Anmeldung für den **BSP\_ZLG\_001\_20-10**

Start: **19. Okt. 2020**

Name

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Telefon-Nr. Privat

E-Mail Adresse

Geburtsdatum

Heimatort

Rechnungsempfänger

Rechnungsanschrift

E-Mailadresse für den Versand  
der Rechnung

Ich habe die **Allgemeinen Geschäftsbedingungen** gelesen und zur Kenntnis genommen

Ich habe die **Checkliste zur Anmeldung und zum Aufnahmeverfahren** gelesen und den Beleg zum **Praxisnachweis** ausgefüllt und unterschrieben.

Ort, Datum:

Unterschrift:

**Bitte senden Sie die Anmeldeunterlagen an:**

Albert Schweitzer Institut

Michaela Löschnigg-Tausz oder Sabine Namor-Ranegger

[ggz.basalestimulation@stadt.graz.at](mailto:ggz.basalestimulation@stadt.graz.at)

Albert Schweitzer Gasse 36, A-8020 Graz