



ANMELDUNG ZUR WEITERBILDUNG

SYSTEMISCHE BERATUNG

ABSCHNITT I

1. Seminar: <i>Die zirkuläre Perspektive</i>	04.04. - 06.04.2025
2. Seminar: <i>Die strategische Perspektive</i>	23.05 - 25.05.2025
4 1. Supervision	04.07. - 05.07.2025
3. Seminar: <i>Die strukturelle Perspektive</i>	03.10. - 05.10.2025
4. Seminar: <i>Die mehrgenerationale Perspektive</i>	21.11. - 23.11.2025
2. Supervision	30.01. - 31.01.2026
5. Seminar: <i>SE: Gruppendynamik</i>	06.03. - 08.03.2026

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Weiterbildung „Systemische Beratung“ (Abschnitt I 04/2025) an. Mit meiner Unterschrift erkläre ich gleichzeitig, dass ich eigenverantwortlich an der Weiterbildung teilnehme und dass gegen meine Teilnahme keine gesundheitlichen Bedenken bestehen. Für die wahrheitsgemäßen Angaben gegenüber der GST München GmbH übernehme ich die Haftung. Ein schriftlicher Rücktritt von der Weiterbildung ist bis 7 Tage nach dem ersten Seminar möglich. Die Kosten betragen in jedem Fall € 450,-. Bei einem späteren Rücktritt wird die gesamte Weiterbildungsgebühr berechnet. Ich akzeptiere hiermit die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der GST München Gesellschaft für Systemische Therapie und Beratung GmbH, die im Internet (s. AGB) eingesehen werden können.

Vorname / Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat/Mandatsreferenz: Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt. Hiermit ermächtige ich die GST München Gesellschaft für Systemische Therapie und Beratung GmbH (Gläubiger-ID DE42GST00001157296) von meinem/unserem Konto bis auf Widerruf die Weiterbildungsgebühr (inkl. Supervision und Selbsterfahrung, ohne Kosten für Unterkunft und Verpflegung an den Terminen im Seminarhaus SH) über insgesamt € 2.988,- mittels Lastschrift einzuziehen: z.B. € 249,-/ Monat über einen Zeitraum von zwölf Monaten. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der GST München GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift

Bitte senden Sie die vollständig ausgefüllte Anmeldung mit folgenden Daten an die unten angegebene Adresse: Alter, Familienstand, bisherige Ausbildungen und Therapiepraxis sowie eigene Therapieerfahrung, Kurzbeschreibung Ihrer bisherigen und jetzigen Tätigkeit, Foto.