

**Ärztliche  
Beratungsstelle**  
gegen Vernachlässigung und  
Misshandlung von Kindern e.V.



Ernst-Rein-Str. 53  
33613 Bielefeld  
Tel.: 0521 / 130813  
Email: [aerztl.berat.bielefeld.de@t-online.de](mailto:aerztl.berat.bielefeld.de@t-online.de)

**Fortbildung**

**Trauma und Bindung  
Supervisionswochenende mit  
Elke Garbe  
vom 26.-27.02.2016**

Hiermit melde ich mich verbindlich für die Fortbildung

**-Trauma und Bindung-  
Supervisionswochenende mit Elke Garbe**

vom 26.-27. Februar 2016 an.

- Überweisung der Summe auf das angegebene Konto erfolgt bis zum \_\_\_\_\_
- Überweisung der Summe auf das angegebene Konto ist erfolgt.

**Die Teilnahmebedingungen erkenne ich an.**

Name und Institution \_\_\_\_\_

Anschrift der Institution \_\_\_\_\_

Tel.Nr. \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_