

Anmeldeformular

per Mail bitte an: fakt@pink-social.de

Mitglied im

DMtG/BTD/DFKGT/Anschluss

LVR-Mitarbeitende

Studierende

Arbeitslos

(Nachweis/Mitgliedsnummer: _____ beifügen)

Hiermit melde ich mich verbindlich für die „14. Fachtagung für Künstlerische Therapien FaKT 2023 – Keine falsche Scham! – Ein besonderes Gefühl in den Künstlerischen Therapien“ am 9. und 10. November 2023 in der LVR-Klinik Viersen an. Sie werden eine Bankverbindung erhalten. Nach dem Zahlungseingang werden Sie eine Anmeldebestätigung erhalten.

Bitte geben Sie für **Donnerstag** und **Freitag** einen Wunschworkshop und eine Alternative an.

D Wunsch-Workshop Nr.

D Alternativ-Workshop Nr.

F Wunsch-Workshop Nr.

F Alternativ-Workshop Nr.

Teilnahmebedingungen

Ein nachträglicher Wechsel von bestätigten Workshops ist nicht möglich.

Im Rahmen der Veranstaltung werden Film- und Fotoaufnahmen gemacht. Einzelne Fotos, Filme oder Ausschnitte werden wir nutzen, um unsere Aktivitäten darzustellen: auf unserer Webseite, im Intranet, in den Sozialen Medien, im Tagungsband und in der Presse. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, sprechen Sie bitte die*den Fotograf*in oder das Kamerateam an.

Um die Verschwendung von Nahrungsmitteln zu vermeiden, geben Sie bitte an, ob Sie an der Abendveranstaltung teilnehmen:

ja nein

Die Tagungsgebühr beinhaltet Mittagstisch, Abendessen, Getränke und Rahmenprogramm. Keine Erstattung bei Nichtteilnahme.

Benötigen Sie besondere Unterstützung? Wie können wir Ihnen helfen?  

Datum, 1. Unterschrift in Druckbuchstaben / Tagungsanmeldung

Wenn Sie über zukünftige FaKT-Veranstaltungen des LVR-Klinikverbunds und Verbund Heilpädagogischer Hilfen per E-Mail informiert werden möchten, erteilen Sie uns bitte Ihre Einwilligung zur Speicherung und Nutzung Ihrer E-Mailadresse. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit gemäß Art. 7 EU-DSGVO widerrufen werden.

Mit meiner zweiten Unterschrift stimme ich zu, dass der LVR meine E-Mail-Adresse speichert und nutzt, um mir o.g. Veranstaltungshinweise des LVR-Klinikverbunds und Verbunds Heilpädagogischer Hilfen per E-Mail zuzuschicken.

ggf. Ihre 2. Unterschrift in Druckbuchstaben

Eigene Angaben:

Name, Vorname:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

E-Mail:

ggf. Institutions-/Rechnungsadresse (Straße, PLZ, Ort):

