

Meldung freier Gruppentherapieplätze

Name, Vorname: _____
MEDI ID: _____
E-Mail-Adresse: _____
(freiwillige Angabe)

Praxisstempel

- ☐ Ich behandle ausschließlich Erwachsene
- ☐ Ich behandle auch Kinder und Jugendliche
- ☐ Ich behandle ausschließlich Kinder und Jugendliche
- ☐ Ich stimme der Weiterverarbeitung und Veröffentlichung der hier angegebenen Daten (Name, Adresse, Telefon, freie Kapazitäten und ggf. E-Mail-Adresse) durch die MEDIVERBUND AG zu. Änderungen werde ich der MEDIVERBUND AG umgehend schriftlich mitteilen.

Datum, Unterschrift: _____

Gruppenangebot	Anzahl freier Plätze	Datum / Wochentag / Uhrzeit
Beispiel: <i>Gruppe sozialer Kompetenzen (oder Depressionsgruppe o.ä.) für Erwachsene</i>	2	<i>Ab sofort; wöchentlich, montags 15:00 Uhr</i>

E-Mail an: vertraege@medi-verbund.de

