

Familien rekonstruktion

*Vorwärts in die Vergangenheit
- zurück in die Zukunft!*



Françoise Fierz
Praxis für Einzel-, Paar- und
Familientherapie
Gutenbergstrasse 31, 3011 Bern
079 / 477 08 07
ff@francoisefierz.ch

Martin Willi
Praxis für Einzel-, Paar- und
Familientherapie
Apollostrasse 2, 8032 Zürich
079 / 577 33 00
mail@martinwilli.ch

Anmeldung Familienrekonstruktion

Kurs-Nr. 2024.16: 50 Einheiten Gruppenselbsterfahrung

Einführungsabend: Montag, 16. Februar 2024, 18.30 – 20.00 Uhr via Zoom
Seminare: Sonntag, 21.04.2024, 13.00 Uhr – Dienstag, 23.04.2024, 17.00 Uhr
Sonntag, 02.06.2024, 13.00 Uhr – Dienstag, 04.06.2024, 17.00 Uhr

Organisatorisches:

Die Anmeldungen werden gesammelt. Sobald 10 Anmeldungen eingegangen sind, werden die Teilnehmenden über die Durchführung des Kurses informiert.

Kursgebühr:

CHF 1'700.00.- plus Unterkunft mit Vollpension im Einzelzimmer mit Etagedusche/-WC (CHF 690.-).

Zahlung:

Die Zahlung erfolgt in 2 Raten:

1. Rate (Kurskosten: CHF 1'700.-) bis 31.03.2024
2. Rate (Hotelkosten: CHF 690.-) bis 31.05.2024

Konditionen:

Es ist nur der ganze Kurs belegbar. Gebühren für nicht besuchte Seminare werden nicht zurückerstattet. Bei einem schriftlichen Rücktritt bis spätestens 31 Tage vor Veranstaltungsbeginn, wird eine Bearbeitungsgebühr von CHF 100.- in Rechnung gestellt. Bei einer Abmeldung später als 31 Tage vor Kursbeginn wird – unabhängig von Abmeldungsgründen – die gesamte Kursgebühr verrechnet, sofern der Kursplatz nicht anderweitig vergeben werden kann. Die Veranstaltenden behalten sich in speziellen Fällen vor, den Kurs zu annullieren. In diesem Fall werden sämtliche bereits einbezahlte Gebühren zurückerstattet; weitergehende Verpflichtungen werden jedoch abgelehnt.

Annulationsbedingungen Hotel de la Chaux-d'Abel:

Bis 31 Tage vor der Anreise: CHF 100.- pro Nacht
30 -16 Tage vor der Anreise: 50% des Zimmerpreises
15 - 6 Tage vor der Anreise: 75% des Zimmerpreises
5 - 0 Tage vor der Anreise: 100% des Zimmerpreises

Hiermit melde ich mich verbindlich für den Kurs 2024.16 an:

Vorname: _____

Name: _____

Wohnadresse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Arbeitsort: _____

Therapie-WB: _____

Essenswünsche (Fleisch, vegetarisch, vegan, Unverträglichkeiten, etc.): _____

Datum: _____

Unterschrift: _____