



# Stabile Psyche

Praxis für Psychotherapie  
Supervision und Selbsterfahrung

## ANMELDUNG

Hiermit melde ich mich verbindlich für die Blockgruppen-Selbsterfahrung an und bestätige, die Teilnahmebedingungen zur Kenntnis genommen zu haben:

Titel/Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Tätigkeitsbereich: \_\_\_\_\_

Adresse (privat): \_\_\_\_\_

Telefon (privat): \_\_\_\_\_

E-Mail (privat): \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_