



**ZERTIFIKATSSTUDIUM
SPEZIELLE SCHMERZPSYCHOTHERAPIE**
der
UP Transfer GmbH in Kooperation mit dem
Institut für Verhaltenstherapie Berlin

Brief-/Fax-/Mail-Antwort
(Fax: 0331-9771143; Mail: Schmerztherapie@uni-potsdam.de)

An
UP Transfer GmbH
an der Universität Potsdam
Am Neuen Palais 10
14469 Potsdam

Tel.: 0331/9771081
www.up-transfer.de

Ich interessiere mich für den Ausbildungsgang und

- melde mich hiermit verbindlich für das gesamte Curriculum an.
- melde mich hiermit verbindlich für das Einzelmodul _____ an.
- melde mich hiermit verbindlich für den Block / das Wochenende _____ an.

Titel _____
Name, Vorname _____
Straße _____
PLZ / Ort _____
Fon/Mobil/Fax _____
E-Mail _____
Beruflich tätig als _____
Tätig bei _____
Hochschulabschluss als _____

(Datum, Unterschrift)

Rechnungs-
anschrift,
falls abweichend _____
