

Weiterbildung Augmentierte Psychotherapie (APT) - Bewerbungsformular

Name

Akademischer Titel

Nationalität

Vorname

Nachname

Email

Telefonnummer

Adresse

Geburtsdatum

Straße

Hausnummer

Land der Berufsausübung

Ort

PLZ/ Bundesland

Wo arbeiten Sie?

Land

Wie haben Sie von der APT-Weiterbildung erfahren?

Sonstiges (bitte angeben)

Falls Sie einen Rabattcode haben, geben Sie diesen bitte hier ein:

Sind Sie ein:e aktuelle:r oder ehemalige:r Patient:in in der OVID-Klinik oder ein:e aktuelle:r oder ehemalige:r Teilnehmer:in der EPIsoDE-Studie oder einer anderen klinischen Studie der OVID-Klinik oder der MIND Foundation?

Ja

Nein