



ANMELDUNG ZUR AUSBILDUNG PSYCHOLOGISCHE BERATUNG

Nachname Vorname

Titel Geburtsdatum

Straße Stadt PLZ

Land Staatsbürgerschaft

E-Mail

Telefon

Derzeitiger Beruf Akad. Grad

Schulabschluss Berufsabschluss

Höchster Bildungsabschluss

Ich melde mich hiermit für den Lehrgang in Psychosozialer Beratung mit Beginn:

Herbstsemester 20 . . . Sommersemester 20 . . . in

Graz Linz Innsbruck

Klagenfurt/Villach St. Pölten Wien an.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und nehme die Zahlungsmodalitäten der EALP zur Kenntnis.

Datum _____ Unterschrift _____

Datenschutzerklärung/Einwilligung

Mit meiner Unterschrift stimme ich hiermit der Speicherung und Verwendung meiner Daten durch die EALP zu. Die EALP speichert die zur Anmeldung übermittelten und nötigen Daten in elektronischer und Papierform. Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich per E-Mail an office@ealp.at widerrufen werden. Genauere Angaben zur DSGVO finden Sie unter: <https://www.ealp.at/datenschutzerklaerung/>