



	Anmeldung zum Vorstellungsabend
FAMILIENNAME	
Titel, Vorname	
Straße, Nr.	
PLZ-ORT	
Alter	
Tel. privat	
Tel. Job	
E-Mail	

Dies ist meine Anmeldung für den Vorstellungsabend am:

(Termin)

Die aktuellen Teilnahmeregelungen (www.a-kt.at / Teilnahmeregeln) habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Dieser Abend ist kostenfrei.

ORT, Datum

Unterschrift

Akademie für Kunsttherapie

AKT ist ein unter der Zentralen Vereinsregisternummer 493226139 eingetragener, gemeinnütziger Verein

Büro: A-1210 Wien, Schwaigergasse 19/20a
Tel.: +43 (0)1 5960385; Fax: +43 (0)1 5960385-15