

## Anmeldung zur Hospitation

### Absender

Name: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel./Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum u. Unterschrift: \_\_\_\_\_

*Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nur für interne Zwecke verwendet!*

**Ja**, ich möchte von den Profis in praxi lernen!

### Mein Wunschtermin für die Hospitation:

(bitte Ausweichtermine angeben)

Vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ oder vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ oder vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Mein Wunschort für die Hospitation:

(bitte auch möglichen Umkreis angeben)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mein Werdegang in Stichworten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ausführliche Informationen zur Hospitation und zu unseren Seminaren finden Sie unter **[www.imu-online-college.de](http://www.imu-online-college.de)** oder rufen Sie uns einfach an, wir beraten Sie gern persönlich:

**+49 (0) 4344 - 81 96 24**

*Bitte per Fax an:  
+49 (0)4344 - 819621*

*oder per Post senden.*

*Dann können Sie schon bald  
in einer Praxis unserer  
Therapeuten hospitieren!*

**Rückantwort Hospitation**

Büro des I.M.U. Qualitätszirkels  
Strandweg 18  
24217 Stakendorf