

Titel, Datum, Ort

INHALT UND LERNZIELE

ZIELGRUPPE

REFERENT*IN

KOSTEN

Normalpreis:

Ermäßigung für Mitglieder von ta.med:

ORT

ZEIT

Tag 1, von 00.00 bis 00.00 Uhr

Tag 2, von 00.00 bis 00.00 Uhr

...

Reine Unterrichtszeit insgesamt X Stunden

MITZUBRINGEN

VERANSTALTER (KONTAKT UND ANMELDUNG)

Vor- und Nachname; bzw. Institution:
Telefon:
E-Mail:
Website:

HINWEISE

AKKREDITIERUNG

Teilnehmer*innen mit ta.med Zertifikat Tanzmedizin erhalten X Fortbildungsstunden gutgeschrieben (Stunden der Unterrichtszeit).

EVALUIERUNG

Um Evaluierung der Veranstaltung am Ende des Workshops wird gebeten:

<https://www.umfrageonline.com/c/pk4wrdbj>

DATENSCHUTZ

Mit Übermittlung der obigen Informationen stellen Sie Daten für den Veranstaltungskalender unter www.tamed.eu zur Verfügung. Näher Information zum Datenschutz finden Sie [hier](#).