

ANMELDUNG MODUL 7

Nur mal probieren?! Jugendprojekt zum Thema SUCHT

Museumsführung, Dialog mit Suchterfahrenen, Angehörigen und Professionellen, Aufsuchen von Einrichtungen des ambulanten und stationären Bereiches, Kreativ-Werkstatt, Gespräch

Absender

Institution: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

Klinikum Bremen-Ost gGmbH
Züricher Str. 40
28325 Bremen

Tel 0421/408-1757
Fax 0421/408-2898
info@kulturambulanz.de
www.kulturambulanz.de

Hiermit melde ich folgende Gruppe verbindlich an _____

Die Gruppe umfasst _____ Personen.

Gewünschter Projekttag: _____

Gewünschte Projektwoche: _____

Kosten pro Gruppe / pro Tag (max. 20 Personen): 240,00 €* / Dauer: jeweils 5 Zeitstunden

Ort, Datum, Unterschrift

**Wenn Sie den Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie uns bitte mindestens 1 Woche vorher ab. Bei kurzfristigen Absagen oder Nichterscheinen müssen wir Ihnen die Kosten in Rechnung stellen*

Terminbestätigung (vom Museum auszufüllen)

Führungskraft Bremen, den _____
Datum, Unterschrift