

Qualifikation zum/zur ACM-zertifizierten Berater/in für Medikamente auf Cannabisbasis

– Ausbildungsjahr 2024/25 –

ACM
Bahnhofsallee 9
32839 Steinheim

E-Mail: info@arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de
Fax: 05233/9537095

Anmeldung zur Teilnahme an der Qualifikation zum/zur ACM-zertifizierten Berater/in für Medikamente auf Cannabisbasis für das Jahr 2024/25

Die Qualifizierung besteht aus 4 Seminaren zu je 2 Stunden und in den Monaten ohne Seminar einer monatlichen Supervision zu jeweils 1 Stunde. Die Qualifikation geht insgesamt über einen Zeitraum von zwölf Monaten, beginnend im Februar 2024 und endend im Januar 2025.

Teilnahmegebühr:

Nicht-ACM-Mitglieder: 500 €
Nicht-Berufstätige (Bürgergeld, Studenten): 250 EUR
Preis für ACM Mitglieder (seit mindestens 2022): 250 EUR
Leiter von Selbsthilfegruppen der ACM: 125 EUR
Nicht-Berufstätige ACM-Mitglieder (Bürgergeld, Studenten): 125 EUR

Eine Vergünstigung gibt es nur für Mitglieder der ACM, die seit mindestens 2022 Mitglied der ACM sind und ihren Beitrag regelmäßig bezahlt haben.

Anmeldung über die E-Mail-Adresse der ACM (siehe oben).

Die Anmeldung ist dann gültig, wenn der Teilnehmerbetrag für die Ausbildung auf dem ACM-Konto eingegangen ist. Bei Nichtteilnahme ist keine Erstattung des Beitrages möglich.

Kontodaten

Kontoinhaber: Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin
Bank: Postbank Köln
IBAN: DE35370100500121879504

- Ich bin kein ACM Mitglied.
- Ich bin ACM-Mitglied.
- Ich bin Leiter einer Selbsthilfegruppe der ACM.
- Ich bin nicht berufstätig.

Ich möchte an der Qualifizierung teilnehmen und überweise

- 500 € 250 € 125 €

auf das Konto der ACM.

Kontoinhaber: Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin
IBAN: DE35370100500121879504

Nur die Teilnahme an der gesamten Qualifizierung, die mit einer Prüfung abschließt, berechtigt zur Führung des Titels einer/eines ACM-zertifizierten Beraters/in für Medikamente auf Cannabisbasis. Die Anmeldung ist verbindlich, sobald der Betrag auf das Konto der ACM eingegangen ist.

Vorname:

Nachname:

Straße/Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

E-Mail-Adresse (bitte besonders deutlich schreiben):

Datum:

Unterschrift: