

# Anmeldung Fachtagung

## Psychische Belastungen

Für die Rücksendung wählen Sie bitte **Fax-Nr.: 08158 9972111**  
oder senden Sie eine E-Mail an: **mail@waf-seminar.de**

### Fachtagung Psychische Belastungen 16. bis 18. Dezember 2019, München

**Hotel: InfinityHotel & Conference Resort Munich,  
München Unterschleißheim**

**Tagungs-Nr.: TG540 6683**

**Beginn: 16. Dezember 2019, 10:00 Uhr**

**Ende: 18. Dezember 2019, 13:00 Uhr**

**Preise: 1 Teilnehmer: 1.195,00€ | 2 Teilnehmern: 1.149,00€ je TN | 3 Teilnehmer: 1.109,00€ je TN**

\*zzgl. Hotel und MwSt.

**Wir melden heute, in ausdrücklicher Anerkennung Ihrer Seminarbedingungen, folgenden Teilnehmer für die oben genannte Fachtagung verbindlich an:**

**Frau/Herrn**

Vorname, Name

Tel.-Nr. im Betrieb

E-Mail im Betrieb

**Bitte wählen Sie hier vier Workshop-Themen aus:**

**Workshop 1** – Ungesunder Stress – Symptome frühzeitig erkennen und zeitnah handeln

**Workshop 4** – Ansprechen statt ignorieren: Richtiger Umgang mit psychisch belasteten Mitarbeitern

**Workshop 2** – Resilienz – Psychische Widerstandsfähigkeit

**Workshop 5** – Prävention: Erfolgreicher Aufbau eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements im Betrieb

**Workshop 3** – Wirksame Öffentlichkeitsarbeit – psychische Belastungen im Betrieb zum Thema machen

**Workshop 6** – Zurück in die Balance – Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und körperlichen Beschwerden

**Bitte buchen Sie folgende Leistungen für oben genannten Teilnehmer auf Rechnung über das W.A.F. Institut:**

#### Hotelbuchung mit Übernachtung:

Vollpension

Halbpension

#### Hotelbuchung ohne Übernachtung:

Tagesgast inkl. Mittagessen (T1) (obligatorisch)

Tagesgast inkl. Mittag- und Abendessen (T2)

#### W.A.F. Service für Sie:

Egal, ob Sie Hotelgast oder Tagesgast sind, wir rechnen die Hotel- und/oder Verpflegungskosten direkt mit Ihrem Arbeitgeber ab.

**Anreisetag** .....

**Abreisetag** .....

Firmenname

Tel.-Nr. des Betriebsrats

Firma Straße

Fax-Nr. des Betriebsrats \*

Firma PLZ, Ort

E-Mail des Betriebsrats \*

Ihre Funktion im Betriebsrat

Datum, Unterschrift des Betriebsrats

\* Gerne informieren wir Sie künftig über unser Seminarangebot. Mit der Angabe Ihrer Faxnummer und/oder E-Mail-Adresse erklären Sie Ihr Einverständnis für den Erhalt von Informationen des W.A.F. Instituts für Betriebsräte-Fortbildung. Sollten Sie Ihre Einwilligung nicht in dieser Form geben wollen, streichen Sie bitte die entsprechenden Satzteile oder setzen Sie sich mit uns in Verbindung. Ihre Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.