

European Diploma of Advanced Study in Psychology of Religion

FORMULAR / FORM

ö Nachname / family name: _____

ö Vorname / first name: _____

ö Geburtsdatum / date of birth: _____

ö Nationalität / nationality: _____

ö Adresse / address: _____

ö Telephon / phone: _____

ö Fax: _____

ö e-mail: _____

ö Studienrichtung /
field of studies: _____

ö Studienabschluß (Fach) /
completion of studies (subject): _____

ö Heimatuniversität /
home university: _____

ö Beruf / occupation: _____

ö Dienststelle / office: _____

ö Forschungsinteressen /
field of interest (research): _____

ö Ich bitte um weitere Informationen / I ask for further informations.

ö Ich bitte um einen Gesprächstermin / I ask for an appointment.

ö Ich melde mich für die Zusatzausbildung an / I enroll for the advanced studies.

Datum / date:

Unterschrift / signature: