

Verbindliche Anmeldung

Ich melde mich für folgende Fortbildung:

..... am.....an:

(Anmeldung bis spätestens 2 Wochen vor Kursbeginn)

persönliche Angaben:

Name	I Funktion	I Funktion
Vorname		
Geburtsdatum		
E-Mail-Adresse		
Telefonnummer		
beschäftigt als		

Kostenübernahme:

Die Rechnung geht an die Privatadresse:

Straße/Hausnummer	
PLZ Ort	

Die Anmeldung ist nur mit Ihrer Unterschrift gültig.

Ich bin damit einverstanden, dass ich über Fort- und Weiterbildungsangebote des Bildungszentrums für Gesundheitsberufe per E-Mail informiert werde.

Ort, Datum	Name	Unterschrift

Die Rechnung geht an die Dienstadresse:

Kostenübernahmeerklärung des Arbeitgebers:

Hiermit bestätigen wir die Kostenübernahme unseres o.g. Arbeitnehmers:

Ort, Datum	Name/Funktion	Unterschrift/Firmenstempel

Rechnungsanschrift:

Einrichtung	
Straße/Hausnummer	
PLZ Ort	

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass mit Ihrer Anmeldung für unsere Fort- und Weiterbildungsangebote Ihre personenbezogenen Daten im Bildungszentrum für Gesundheitsberufe Magdeburg gemeinnützige GmbH gespeichert werden.