

Verbindliche Anmeldung

für Veranstaltungen des Bildungszentrums für Gesundheitsberufe Magdeburg gemeinnützige GmbH (BZG)

(per Mail: fortundweiterbildung@bildungszentrum-gesundheitsberufe.de, oder per Post)

Ich melde mich für folgende Veranstaltung(en) an:

Ref.	Veranstaltungsname	Veranstaltungsdatum
------	--------------------	---------------------

persönliche Angaben :

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ Ort

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

beschäftigt als

Kostenübernahme:

Die Rechnung geht an die Privatadresse Die Rechnung geht an die Dienstadresse

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

Die Anmeldung ist nur mit Ihrer Unterschrift gültig. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass mit Ihrer Anmeldung für unsere Fort- und Weiterbildungsangebote Ihre personenbezogenen Daten im BZG gespeichert werden. Mit der Anmeldung akzeptieren Sie die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) des BZG, abrufbar unter www.bildungszentrum-gesundheitsberufe.de.

Ort, Datum

Name

Unterschrift

Kostenübernahmeerklärung des Arbeitgebers:

Hiermit bestätigen wir (die Einrichtung) die Kostenübernahme für o.g. Veranstaltung(en), an denen unser(e) Arbeitnehmer(in) teilnimmt:

Ort, Datum

Name/Funktion

Unterschrift/Firmenstempel

Rechnungsanschrift:

Einrichtung

Straße/Hausnummer

PLZ Ort