

## Anmeldeformular

fortbildung@carecampus-harz.de Tel: 03946 909 1897/-1846 Fax: 03946 909 1860

| Angaben zum/r Teilnehmenden   | Angaben zur Veranstaltung   |
|---|---|
| □ Frau □ Herr □ divers  |   |
| Titel, Nachname, Vorname  | Titel des Seminars  |
| Beruf   | Termin  |
| E-Mail  | Uhrzeit   |
| Telefon   | Veranstaltungsort   |
| Mit unserem Newsletter immer informiert bleiben! □ Ich möchte den Newsletter an die von mir angegeb | ene E-Mailadresse erhalten.   |
| Angaben zum/r Rechnungsempfänger/in  □ Arbeitgeber □ privat   | Hiermit melde ich mich / meine/n<br>Mitarbeitende/n verbindlich zu o.g. Veran-<br>staltung unter Anerkennung der AGBs an. |
| Name des Arbeitgebers   | Ort, Datum  |
| Station / Abteilung   | Unterschrift Teilnehmende/r   |
| Straße, Hausnummer  | Unterschrift Vorgesetzte/r  |
| PLZ, Ort  |   |
| Telefon   |   |
| E-Mail des Vorgesetzten   |   |
| Name des Vorgesetzten   |   |

Stand: 03.02.2023 Version: 01 Freigabe: H. Kühn