

Asklepios Bildungszentrum für
Gesundheitsfachberufe Nordhessen
Abteilung Fort- und Weiterbildung

Laustr. 37
34537 Bad Wildungen

Bitte vollständig ausgefüllt per Fax an:

(05621) 795 2411

Veranstaltungsdaten

Veranstaltungstitel

Datum	bis	Zeit	Gebühren
_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
	Ort	bis	EURO
	_ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _

Teilnehmerdaten

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefon / Mobil

Geburtsdatum

|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail

Berufsbezeichnung

Arbeitgeberdaten

Straße, Nr.

PLZ Ort

|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefon / Mobil

|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail

Wichtig zur Rechnungsstellung:

Rechnung an den Arbeitgeber

Ich bin Angestellte/r bei den Asklepios Kliniken Nordhessen

Ich bin Angestellte/r bei einer Kooperationseinrichtung

Ich bin Angestellte/r einer Kooperationseinrichtung oder bei den Asklepios Kliniken Nordhessen und zahle die Veranstaltung auf private Rechnung

Ich melde mich zu der Veranstaltung auf private Rechnung an

Durch meine unterschriebene Anmeldung bestätige ich, dass ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) gelesen und verstanden habe und diese anerkenne. Mit der notwendigen Verarbeitung meiner persönlichen Daten erkläre ich mich einverstanden.

Teilnehmer _____

Ort, Datum, Unterschrift _____