

Bitte schicken Sie ihre Anmeldung an:

Bildungszentrum für Gesundheitsberufe
Bereich Fort- und Weiterbildung
Eiffestraße 664b
20537 Hamburg

Oder per Fax an:

Fax: (0 40) 18 18-84 26 99

HINWEISE:

Die hier angegebenen Daten werden gespeichert.

Bei Rücktritten von Seminaranmeldungen gelten unsere Geschäftsbedingungen.

Ich erteile die Erlaubnis der Datenspeicherung zwecks Zusendung weiterer künftiger Angebote:

Ja Nein

BITTE MIT BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN

Seminar oder Fortbildung: _____

Termin: _____

Kursgebühren: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Geb. Datum: _____ Geburtsort: _____

Tel. privat: _____ E-Mail privat: _____

Betrieb: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Abteilung: _____

Berufsbezeichnung: _____

Tel. dienstlich: _____ E-Mail dienstlich: _____

Rechnung an Privatadresse

Rechnung an Betrieb/Krankenhaus

Datum und Unterschrift: Teilnehmer/in

Datum, Unterschrift + Stempel: Betrieb
(falls der Betrieb die Rechnung übernimmt)