

Anmeldung

Anmeldung an:

Frau Christiane Ahner
ASB Regionalverband Ostthüringen e.V.
Grüner Weg 4
07546 Gera

E-Mail: fortbildung.pflege@asb-gera.de

Fax: 0365/ 5513 333

Veranstaltungstitel: _____

Veranstaltungstermin: _____

Anmeldung und Bezahlung erfolgt: durch Arbeitgeber

Anmeldung erfolgt durch: _____
(Ansprechpartner)

Funktion: _____
(Heimleitung, Pflegedienstleitung)

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse*: _____

Rechnungsanschrift: _____

* Die Seminareinladungen erfolgen per Mail.

TeilnehmerIn: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

(Bei mehreren Teilnehmern nutzen Sie bitte die angefügte Teilnehmerliste)

Mit den Teilnahmebedingungen erkläre ich mich einverstanden.

Datum, Stempel, Unterschrift Arbeitgeber

Teilnehmerliste (Anmeldung mehrerer Teilnehmer)

Veranstaltungstitel: _____

Veranstaltungstermin: _____

| | Name | Vorname | Geburtsdatum |
|---|------|---------|--------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |