

## Anmeldung

**Anmeldung an:**

Frau Ulrike Dinger  
ASB Regionalverband Ostthüringen e.V.  
Grüner Weg 4  
07546 Gera

E-Mail: [fortbildung.pflege@asb-gera.de](mailto:fortbildung.pflege@asb-gera.de)

Fax: 0365/ 5513 132

**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			