

## Anmeldung

**Anmeldung an:**

Herr Florian Hampel  
ASB Regionalverband Ostthüringen e.V.  
Wiesestraße 189 a  
07551 Gera

E-Mail: f.hampel@asb-gera.de

Fax: 0365/ 430 47 46

**Veranstaltungstitel:** Ausbildung Rettungssanitäter Vollzeit

**Veranstaltungstermin:** 01.09.2022 – 12.10.2022

**Anmeldung und Bezahlung erfolgt:**  **privat**  **durch Arbeitgeber**

**Anmeldung erfolgt durch:** \_\_\_\_\_  
(Ansprechpartner)

**Funktion:** \_\_\_\_\_  
(Heimleitung, Personalleitung)

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse\*:** \_\_\_\_\_

**Rechnungsanschrift:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Teilnehmer/In:**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

(Bei mehreren Teilnehmern nutzen Sie bitte die angefügte Teilnehmerliste)

**Mit den Teilnahmebedingungen erkläre ich mich einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
**Datum, Unterschrift Teilnehmer**

\_\_\_\_\_  
**Datum, Stempel, Unterschrift  
Arbeitgeber**

## Teilnehmerliste (Anmeldung mehrerer Teilnehmer)

Veranstaltungstitel: \_\_\_\_\_

Veranstaltungstermin: \_\_\_\_\_

	Name	Vorname	Geburtsdatum
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			