

Anmeldeformular für Kurs: _____ Datum des Kurses: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ sonstiges: _____

Privatanschrift

Straße/ Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon/ Mobil: _____ E-Mail: _____

Dienstanschrift

Arbeitgeber: _____ Ansprechpartner: _____

Straße/ Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon/ Mobil: _____ E-Mail: _____

Fax: _____ sonstiges: _____

AGBs

Die Geschäftsbedingungen des Aus- und Weiterbildungszentrum für Medizinberufe für Fort- und Weiterbildung habe ich zur Kenntnis genommen und stimme diesen ausdrücklich zu.

Ich bin Mitglied bei der bad e.V.

Ort, Datum

Unterschrift/ Stempel