

Anmeldung zur MHFA-Fortbildung



Hiermit melde ich mich verbindlich an zur 2-tägigen Fortbildung am

(zutreffendes Datum bitte unbedingt ankreuzen)

☐ **23. + 24.01.2024**, jeweils 08:30 Uhr – 15:45 Uhr

☐ **28. + 29.05.2024**, jeweils 08:30 Uhr – 15:45 Uhr

☐ **08. + 09.10.2024**, jeweils 08:30 Uhr – 15:45 Uhr

Titel: _____

Name*: _____

Vorname*: _____

Straße*: _____

PLZ, Ort*: _____

(bitte nur Privatanschrift)

Geburtsdatum*: _____

Telefon: _____

E-Mail*: _____

*(bitte leserlich schreiben/Pflichtangaben)

Die Teilnahmegebühr(en) von 263,00 €

zahle ich selbst ☐ (nach Erhalt der Rechnung)

übernimmt mein Arbeitgeber: ☐ (nach Erhalt der Rechnung)

Datum: _____ **Unterschrift Teilnehmer*in:** _____

Stempel (ggf. mit Rechnungsanschrift) + **Unterschrift Ihres Arbeitgebers**