

Anmeldung zur Tagesveranstaltung im Rahmen der Fortbildung



Datum am*: _____

Titel: _____

Nachname*: _____

Vorname*: _____

Straße*: _____

PLZ, Ort*: _____
(bitte nur Privatanschrift)

Geburtsdatum*: _____

Telefon: _____

E-Mail*: _____

***Pflichtangaben / E-Mailadresse bitte gut leserlich schreiben**

Die Teilnahmegebühr(en)

zahle ich selbst ☐ (nach Erhalt der Rechnung)

übernimmt mein Arbeitgeber: ☐ (nach Erhalt der Rechnung)

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

ggf. geänderte Rechnungsanschrift:

Stempel + Unterschrift Ihrer Pflegedirektion

Es gelten die AGB des BZNW
(www.bznw.de)