

Kopiervorlage **Anmeldeformular**

Brandenburgisches Bildungswerk
für Medizin und Soziales e.V.
Zeppelinstr. 152
14471 Potsdam

☎ (0331) 9 67 22-0
Fax: (0331) 9 67 22-30
Internet: www.bbwev.de
E-Mail: mailbox@bbwev.de

A n m e l d u n g

Hiermit melde ich mich verbindlich, unter Anerkennung der Teilnahme- und Zahlungsbedingungen des BBW e.V. (Potsdam), zu nachfolgend aufgeführte/n Lehrgang/Fortbildung an:

.....
Lehrgangsbezeichnung bzw. Fortbildungsbezeichnung

vom bis

Titel/Name/Vorname:

Anschrift (dienstl.):
Stempel der Einrichtung

Telefon/Fax:

E-Mail:

oder

Privatanschrift:
(mit Tel. und E-Mail)

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Teilnahme- und Zahlungsbedingungen an.

Ort, Datum: Unterschrift: