ANMELDEFORMULAR
Fort- und Weiterbildungen

Akademie der Gesundheit e.V.

Schwanebecker Chaussee 4 E-H
13125 Berlin
www.gesundheit-akademie.de
weiterbildung@gesundheit-akademie.de

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende Fort- und Weiterbildung an:

Kursbezeichnung / Kurskürzel:

Kursdatum: Standort/Campus:

Angaben zum Weiterbildungsteilnehmenden:

Geschlecht: ☐ weibl. ☐ männl. ☐ div.

Name: Vorname:

Geburtsname: Geburtsdatum:

Geburtsort: Berufsabschluss:

Anschrift in Deutschland:

Straße und Hausnummer: PLZ und Wohnort:

Telefon/Mobil: E-Mail-Adresse:

Rechnungslegung an: ☐ Weiterbildungsteilnehmer/in ☐ Arbeitgeber

Rechnungsanschrift:

Arbeitgeber / Weiterbildungsteilnehmer/in:

Str./Nr.: PLZ und Ort:

☐ Ich bin mit den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Akademie der Gesundheit einverstanden.
☐ Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiert.
☐ Ich habe alle Felder vollständig ausgefüllt.

Bitte das Formular an:

weiterbildung@gesundheit-akademie.de

Datum:

Formular drucken

Per E-Mail senden