

## Anmeldung zu einer Fort – und Weiterbildung

Per E-Mail [fortbildung@kliniken-sob.de](mailto:fortbildung@kliniken-sob.de)  
Per Fax 0861-705-2398

**Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme an:**

Veranstaltungstitel \_\_\_\_\_

Veranstaltungsdatum \_\_\_\_\_

Kontaktdaten privat:

Anrede/Titel \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift privat \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Geb.datum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E- Mail \_\_\_\_\_

Kontaktdaten geschäftlich:

Einrichtung\* \_\_\_\_\_

Abteilung/ Funktion \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E- Mail \_\_\_\_\_

Rechnungsadresse  privat  geschäftlich

Ich möchte über andere zu mir passende Fortbildungsangebote von der Fort- und Weiterbildungsabteilung informiert werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Die AGB und die Hinweise zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen und kennen sie mit meiner Unterschrift an.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_