Hiermit melde ich mich für folgende Weiterbildungen verbindlich an:

**Thema:**

**WB – Nr.:**

**Termin:** Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

**Uhrzeit:**

**Veranstaltung als:** Wählen Sie ein Element aus.

# Name des Teilnehmers:

**Anschrift:**

**Telefon:**

**email:**

**Tätigkeit:** Wählen Sie ein Element aus.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Name und Anschrift der Arbeitsstelle**: nur bei Zahlung durch Arbeitsstelle angeben

**Telefon:**

**Fax:**

**Verpflegung:**  [ ]  ja [ ]  nein

(nur bei Buchung der Weiterbildung in Rätzlingen)

**Ist Ihre Einrichtung Sondermitglied von PRIDOMED**:[ ]  ja [ ]  nein

(Sondermitglieder zahlen den halben Preis der WB)

**Ich erkenne die Teilnahmebedingungen an:** [ ]  ja [ ]  nein

**Zahlung erfolgt:**

[ ]  nach Rechnungslegung als Gruppe einer Einrichtung

[ ]  per Überweisung nach Anmeldung – vor Online-Weiterbildung

[ ]  bar am Tag der WB in Rätzlingen

Ort/Datum Stempel oder/und Unterschrift

Bitte per Post oder per e-mail (pridomed@mail.de) zurücksenden!