Brandenburgisches Bildungswerk 🕿 (0331) 9 67 22-0

für Medizin und Soziales e.V. Fax: (0331) 9 67 22-30

Zeppelinstr. 152 Internet: www.bbwev.de

14471 Potsdam 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)*

……………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………

**Rechnungsversand:** dienstlich privat

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

Ort, Datum: ………………………………. Unterschrift: ………………………….