

ANMELDUNG ZU EINER FORTBILDUNG

Ich melde mich verbindlich zu folgender Fortbildung an:

Die mit * gekennzeichneten Felder müssen ausgefüllt werden.

Name *	Vorname *
_____ Straße, Nr. *	
PLZ *	Ort *
_____ Geburtsdatum und -ort (werden für das Zertifikat benötigt) *	
_____ Beruf	
Telefon	Telefon dienstlich
_____ Fax	_____ Mobil *
_____ Private E-Mail *	
_____ Kursbezeichnung / Kursgebühr	
Datum, Unterschrift *	Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten mittels EDV gespeichert werden. Die AGB und Datenschutzerklärung habe ich gelesen und erkenne sie an. www.fobiakademie.de/kontakt/agb www.fobiakademie.de/kontakt/datenschutz

Kursgebühr:

- 1. Ich bezahle selber, bitte senden Sie die Rechnung an meine oben angegebene Adresse.
- 2. Für die Fortbildung wird ein Bildungsscheck verwendet.
- 3. Bitte senden Sie die Rechnung an meinen Arbeitgeber.

Bitte beachten Sie, dass auch bei Zahlungen durch den Arbeitgeber das Vertragsverhältnis zwischen Ihnen und der Fobiakademie Reaktiv Engelskirchen GmbH unberührt bleibt.

Name des Arbeitgebers	Ansprechpartner(in)
_____ Straße, Nr.	
PLZ	Ort
_____ Datum, Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers	