

ANMELDUNG FOBI AKADEMIE

Ich melde mich als Teilnehmer verbindlich zur folgenden 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

Zahlung der Kursgebühr durch:

☐ 1. Die Kosten der Fortbildung trägt der Teilnehmer selbst.

Datum, Unterschrift des Teilnehmers

☐ 2. Die Kosten der Fortbildung trägt der Arbeitgeber. Unabhängig von einer Kostenübernahme durch den Arbeitgeber bleibt das Vertragsverhältnis zwischen dem Teilnehmer und der Fobiakademie (Rehaktiv Therapie GmbH) bestehen.

Name des Arbeitgebers / Unternehmen

Ansprechpartner(in)

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Datum, Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers