



SeMa – BIG Anmeldung

Angaben zur Veranstaltung

Titel	<input type="text"/>		
Datum	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
		Kennung	<input type="text"/>

Angaben zur Person

weiblich	<input type="checkbox"/>	männlich	<input type="checkbox"/>	divers	<input type="checkbox"/>
Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>		
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>		
Einrichtung/Krankenhaus	<input type="text"/>				
Beruf/Funktion	<input type="text"/>				
Selbstzahlerin	<input type="checkbox"/>				

Rechnungsadresse (falls abweichend)

Einrichtung/Krankenhaus	<input type="text"/>		
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>

Unterschrift (rechtsverbindlich)

Hiermit melde ich mich verbindlich für das Seminar an. Die allgemeinen Anmelde- und Teilnahmebedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiert.

Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	<input type="text"/>
-------	----------------------	--------------	----------------------

Unterschrift der/des Dienstvorgesetzten (bei Kostenübernahme durch Arbeitgeber)

Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	<input type="text"/>
-------	----------------------	--------------	----------------------

Bitte senden Sie die Anmeldung **als Scan per E-Mail, als FAX oder auf Postweg** an das Seminarmanagement des Bildungsinstituts für Gesundheitsberufe.