

Formular Anmeldung Lehrgänge BayZBE

DURCH DEN TEILNEHMER AUSZUFÜLLEN!

1. Lehrgangsnummer _____

2. Vorname, Nachname _____

3. E-Mail Adresse _____

4. Mobilnummer _____

5. Adresse _____

6. Hilfsorganisation / Gliederung _____

7. Anreise mit Einsatzfahrzeug Ja Nein

8. wenn ja, Fahrzeugtyp _____

9. Verpflegung Vollkost vegetarisch

10. Allergien Ja, welche: Nein

11. Unterbringung Doppelzimmer
 Einzelzimmer (nach Verfügbarkeit und **gegen Aufpreis**)
 Kein Unterkunft (Wohnort in der Nähe)

12. Höchste med. Qualifikation _____

13. Höchste Führungsqualifikation _____

15. Sonstige Bemerkungen _____

Formular Anmeldung Lehrgänge BayZBE

Kontaktdaten der entsendenden Stelle

Name der/des Verantwortlichen _____

Funktion _____

E-Mail Adresse _____

Anschrift der Geschäftsstelle _____

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer

Formular Anmeldung Lehrgänge BayZBE**DURCH DEN KOSTENTRÄGER AUSZUFÜLLEN!****Kostenübernahmeerklärung**

Titel der Veranstaltung: _____

Datum der Veranstaltung: _____

Rechnungsanschrift (wenn o.g. Angaben abweichen)

Rechnungsempfänger _____

Anschrift _____

Ansprechpartner/-in _____

Funktion _____

 Rechnungsversand per
E-Mail gewünscht _____

Zur Bestätigung der Kostenübernahme gemäß Teilnahmeantrag (siehe S.1) bitten wir um Unterschrift der Kostenübernahmeerklärung. Bitte senden Sie das Formular und den Teilnahmeantrag unterschrieben und gestempelt an training@bayzbe.de.

Bitte beachten Sie: Das durch Sie unterschriebene Formular bewirkt eine verbindliche Buchung/Teilnahme des Antragsstellers (siehe S.1) am oben genannten Kurs im BayZBE.

Die Rechnung für den Kurs wird vom BayZBE an die im Formular angegebene Adresse Ihrer Organisation geschickt. Bitte überprüfen Sie, ob die im Formular angegebenen Daten korrekt sind.

Informativ: Die Kosten für die Übernachtung werden von der Unterkunft/vom Hotel direkt in Rechnung gestellt.

Ort, Datum_____
Unterschrift und Stempel der Organisation