

Anmeldung zur Fortbildung

Kursbezeichnung	Kursbeginn (Datum)	
_____	_____	_____
Teilnahmegebühr _____ €	<input type="checkbox"/> Selbstzahler/-in	<input type="checkbox"/> Zahlung durch Arbeitgeber (Nachweis der Kostenübernahme ist der Anmeldung beizufügen!)
Name _____		
Vorname _____		
Geburtsdatum _____	Geburtsort _____	
Straße & Hausnr. _____		
PLZ & Wohnort _____		
E-Mail-Adresse _____		
Telefon/Mobil _____		
Arbeitgeber _____		
Anschrift Arbeitgeber _____		

Wichtige Hinweise zur Anmeldung

Bitte senden Sie uns das unterschriebene Anmeldeformular postalisch oder per Email an Fortbildung@bildung.shg-kliniken.de zu. Nach dem Eingang Ihrer Anmeldung erhalten Sie eine schriftliche Anmeldebestätigung. Die Teilnahmegebühr ist innerhalb von 14 Tagen auf folgendes Konto zu überweisen:

Sparkasse Saarbrücken

IBAN DE38 5905 0101 0067 1144 13

BIC SAKSDE55XXX

Bitte geben Sie im Verwendungszweck die Kursbezeichnung und Ihren vollständigen Namen an!

Die SHG Bildung gGmbH behält sich Änderungen im Programmverlauf vor. Wird eine Fortbildung aufgrund des Nichterreichens der Mindestteilnehmerzahl oder anderen organisatorischen Gründen abgesagt, werden gezahlte Teilnahmegebühren rückerstattet. Weitergehende Ansprüche sind ausgeschlossen. Bis vier Wochen vor Beginn der Fortbildung wird bei Stornierung vom Teilnehmenden eine Bearbeitungsgebühr von 15% der Teilnahmegebühr erhoben. Bei Rücktritt von der Anmeldung zu einem späteren Zeitpunkt ist die Erstattung ausgeschlossen. Die ausführlichen Allgemeinen Geschäftsbedingungen senden wir gerne auf Anfrage zu.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben und melde mich verbindlich für die oben genannte Fortbildung an.

Ort, Datum, Unterschrift Teilnehmer/-in

Anmeldung zur Fortbildung Nachweis der Kostenübernahme durch den Arbeitgeber

Kursbezeichnung	Kursbeginn (Datum)
_____	_____
Teilnahmegebühr _____ €	
Daten der/des teilnehmenden Mitarbeiter/-in:	
Name _____	
Vorname _____	

Die Teilnahmegebühr für die oben genannte Fortbildung wird vollständig durch den Arbeitgeber übernommen.

Rechnung an: Teilnehmer/-in Arbeitgeber

E-Mail Adresse für elektronische Rechnung: _____

Die Rechnung wird von uns nach Eingang umgehend beglichen.

Firmenstempel Arbeitgeber (mit Anschrift)

Ort, Datum, Unterschrift der kostentragenden Stelle (Arbeitgeber)