

# Anmeldung zur Fortbildung

---

Veranstaltungsbezeichnung	
Datum / Uhrzeit	
Veranstaltungsort	
Teilnahmegebühr	

## Teilnehmer:in

Name, Vorname	
Straße / Hausnummer	
Postleitzahl /Ort	
Geburtsdatum	
Telefon	
E-Mail Adresse	
Berufsbezeichnung	

Bitte ausfüllen, falls Teilnehmer:in abweichend

Firma / Einrichtung	
Ansprechpartner	
Straße / Hausnummer	
Postleitzahl /Ort	
Telefon	
E-Mail-Adresse (falls vorhanden)	

Bitte senden Sie das Anmeldeformular per E-Mail an  
***bildungszentrum.stralsund@helios-gesundheit.de.***

*Die Teilnehmer:innen haben die AGB zur Kenntnis genommen, sind mit der Geltung einverstanden. Eine Kostenübernahme wird zugesichert.*