

ANMELDEFORMULAR

KURS-NR. / TITEL:

TERMIN / UHRZEIT:

Teilnehmer

Frau Herr Teilnehmerliste anbei

NAME, VORNAME:

GEBURTSDATUM:

QUALIFIKATION /
BERUFSABSCHLUSS:
(BITTE IN KOPIE BEIFÜGEN)

Rechnungsempfänger/in

ANMELDUNG ALS:

privat Unternehmen

UNTERNEHMEN /
NAME, VORNAME:

ANSCHRIFT:

E-MAIL:

TELEFON:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ort / Datum

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen.
Datenschutzhinweis: Durch die Bestätigung Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass personenbezogene Daten gespeichert und ausschließlich intern für statistische Zwecke weiterverwendet werden.

LWGA - LAUSITZER WIRTSCHAFTS UND GESUNDHEITS AKADEMIE GMBH

• Tel.: 0355 78004-25 • Fax: 0355 78004-99 • E-Mail: reichmuth@lwga.de