

# Anmeldung

Hiermit buche/n ich/wir folgende/s Seminar/e:

## Persönliche Angaben

### 1. Teilnehmer

\_\_\_\_\_  
Vor-/Nachname

\_\_\_\_\_  
Position

\_\_\_\_\_  
E-Mail/Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Titel des Seminars

\_\_\_\_\_  
Termin            Ort

### 2. Teilnehmer

\_\_\_\_\_  
Vor-/Nachname

\_\_\_\_\_  
Position

\_\_\_\_\_  
E-Mail/Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Titel des Seminars

\_\_\_\_\_  
Termin            Ort

---

## Rechnungsdaten

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner

\_\_\_\_\_  
Straße/Postfach

\_\_\_\_\_  
PLZ    Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Dieses Formular könne Sie als Kopiervorlage nutzen und die Anmeldung per Fax, per Mail oder per Post versenden.

Bezirksklinikum Mainkofen

Fax-Nr. 09931/8741129

Institut für Fort- und Weiterbildung

Tel.-Nr. 09931/8741130

Fachbereich Pflege

94469 Deggendorf

E-Mail: [ibf@mainkofen.de](mailto:ibf@mainkofen.de)