

# ANMELDUNG

## ANMELDUNG / KOPIERVORLAGE FÜR EXTERNE TEILNEHMER

An das Bildungszentrum der Friesland Kliniken gGmbH  
Am Gut Sanderbusch 1 | 26452 Sande

☎ 04422 80-1088, -1089, -1830, -1832 oder -1058

☎ 04422 80-1056

✉ bildungszentrum@friesland-kliniken.de

### Ich melde mich verbindlich zu folgender Fortbildung an:

Fortbildungstitel

Termin und Uhrzeit

#### TEILNEHMER/-IN:

Name, Vorname

Privatadresse (Straße, PLZ, Ort)

Telefon

E-Mail

#### RECHNUNGSADRESSE:

Einrichtung

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Telefon

Fax

Datum, Unterschrift Teilnehmer

#### Rücktrittsbedingung:

**Abmeldung bis spätestens 15 Tage vor Seminarbeginn kostenfrei. Geht die Abmeldung später ein, werden 50 % der Teilnahmegebühren fällig. Bei Nichterscheinen ohne vorherige Absage berechnen wir 100 % der Teilnahmegebühren.**

Das Bildungszentrum der Friesland Kliniken gGmbH, Am Gut Sanderbusch 1, 26452 Sande, speichert Ihre bei der Anmeldung angegebenen Daten zum Zweck der Durchführung der Fortbildungsveranstaltung sowie zur Erfüllung seiner vertraglichen und vorvertraglichen Pflichten im Rahmen der Fortbildungsorganisation. Während der Veranstaltung werden Teilnehmerlisten geführt. Einen Widerspruch richten Sie bitte an [datenschutz@friesland-kliniken.de](mailto:datenschutz@friesland-kliniken.de). Unsere Datenschutzerklärung können Sie gern unter [friesland-kliniken.de](http://friesland-kliniken.de) einsehen.

#### Vom Bildungszentrum auszufüllen:

Anmeldung bestätigt

Warteliste:

\_\_\_\_\_ **Alternativtermin** (Bei Nennung eines Alternativtermins bitte Rückmeldung im Bildungszentrum)

Absage

Anmerkung / Notiz:

\_\_\_\_\_ Datum, Unterschrift Bildungszentrum