

A N M E L D U N G

Bitte Privatanschrift der Teilnehmer in Blockschrift eintragen - Danke !

1. _____
Name/Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Email:

2. _____
Name/Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Email:

3. _____
Name/Vorname/Titel:

Straße:

PLZ/Ort:

Email:

Senden Sie dieses Formular per Email oder Fax an:

kwvl-consult@kwvl.de
0231-9432-83959

I N F O R M A T I O N für den Rechnungsempfänger:

Nach erfolgtem Seminarbesuch erhalten Sie eine Rechnung, die innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt zu bezahlen ist.

Der Rechnungsempfänger erhält eine Buchungsbestätigung per Fax - sollten Sie eine Buchungsbestätigung per Briefpost wünschen, kreuzen Sie bitte dieses Feld an:

Rechnungsanschrift : Praxisstempel oder Adresse bitte in Blockschrift :

Name

Straße:

PLZ/Ort:

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die auf der Internetseite:

veröffentlichten Teilnahme- und Zahlungsbedingungen der KVWL Consult GmbH und habe die dort veröffentlichte Information zur Erhebung der personenbezogenen Daten nach Art. 13 DSGVO zur Kenntnis genommen.

Ort/Datum:

Unterschrift:

SEMINAR NR.

Datum/Uhrzeit:

Ort: #Typ!

Dozent(in): #Typ!

Preis zzgl. MwSt:

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Internetseite:

oder rufen Sie uns an: 0231-9432-3954

Nach Absprache bieten wir Ihnen ausgewählte Seminare als Inhouse-Seminare auch vor Ort an!