

Seminar-/ Fortbildungstitel:

Termin:

Rechnung an:	Privatanschrift	Geschäftsanschrift
---------------------	-----------------	--------------------

Frau	Herr	Titel
------	------	-------

Name	
Funktion	

Privatanschrift	
Straße/Nr.	
PLZ/Ort	
Telefon	
Fax	
Mobil	
E-Mail	

Geschäftsanschrift	
Institution	
Abteilung	
Straße/Nr.	
PLZ/Ort	
Telefon	
Fax	
Mobil	
E-Mail	

(Damit die Rechnung Gültigkeit hat, bitte ich um die korrekte Angabe der Einrichtung, inkl. Endung wie „e.V.“ oder „gGmbH“.)

Ort/ Datum/ Unterschrift

Mit der Unterschrift stimmen Sie den Teilnahmebedingungen (www-QualityCare-Berlin.de) zu. Nach Eingang der unterschriebenen Anmeldung erhalten Sie eine Anmeldebestätigung. Die Rechnung wird ca. vier Wochen vor Kursbeginn versandt. Wenn Sie eine Inhouse-Schulung wünschen, kontaktieren Sie mich bitte per Email.



Für die Teilnahme an meinen Fortbildungen und Seminaren können Fortbildungspunkte angerechnet werden. Die Anzahl der Fortbildungspunkte finden Sie bei den Fortbildungsangeboten.

Post QualityCare-Berlin Corinna Seegert Berenhorststr. 3 D 13403 Berlin	Telefon 030-40 20 3994 Fax 030-411 99954 Mobil 0173 74 181 47	Email info@qualitycare-berlin.de Internet www.qualitycare-berlin.de	Bankverbindung Commerzbank IBAN: DE50 1004 0000 0177 7390 00 BIC: COBADEFFXXX
--	---	---	---