## Anmeldeformular / verbindliche Anmeldung

**Schulung Pflegeberatungsassistent** ©

| Vorname:           |  |
|--------------------|--|
| Name:              |  |
| Tel.:              | E-Mail:  |
| Unternehmen:       |  |
| Rechnungsanschri   | ft:  |
| Anmeldung für Sch  | ulungsdatum:   |
| Schulungsbetrag: 1 | 19 Euro zzgl. 19% Umsatzsteuer 22,61 Euro <b>– 141,61 Euro</b> |
| Ort, Datum         |  |
| Unterschrift       |  |
| Bei Absage 12 Tage | vor Seminarbeginn wird der volle Betrag in Rechnung gestellt.  |

Nach Anmeldung, Zahlung des Rechnungsbetrages innerhalb von 5 Tagen.

gestellt.

Bei Absage 18 Tage vor Seminarbeginn wird die Hälfte des Betrages in Rechnung