



Anmeldeformular

Autorisiertes Zentrum für Validation - Bürgerspital Wachenheim
Weinstraße 80 - 67157 Wachenheim -
E-Mail: validation@diakonissen.de FAX: 06322-9423-731

Ich melde mich verbindlich zum folgenden Seminar an:

(BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN)

Fort- / Weiterbildung _____

*Veranstaltungsort: _____

*Veranstaltungsdatum _____

Teilnehmer/in

*Anrede Frau Herr

*Vor- und Nachname _____

*Straße _____

*PLZ, Ort _____

Geb.-Datum _____

Tätigkeit _____

E-Mail _____

Tel. privat: _____

*Rechnungsanschrift (falls von obiger Anschrift abweichend)

Einrichtung (Name) _____

Straße _____

PLZ., Ort _____

Tel. _____ E-Mail _____

*Ort, Datum:

Unterschrift Teilnehmer/in

(* bitte unbedingt ausfüllen!)

Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Datenbank des Validationszentrums erkläre ich mich einverstanden. Zudem erkenne ich die geltenden allgemeinen Geschäftsbedingungen an, besonders in Bezug auf Widerrufsrecht und Ausfallkosten. Auf Nachfrage kommen wir gerne unserer Informationspflicht gemäß 17 DSB-EKD nach. Die AGBs und die Datenschutzbestimmungen finden Sie unter www.diakonissen.de