

# Seminaranmeldung

## Post

Evangelisches Geriatriezentrum Berlin gGmbH  
Akademie für Fort- und Weiterbildung  
Haus 8  
Reinickendorfer Str. 61  
D 13347 Berlin

## Fax

(030) 4594 - 1820

## Internet

www.egzb.de/akademie

## Email

akademie@egzb.de

Hiermit melde ich mich verbindlich an. **(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)**

Seminartitel \_\_\_\_\_

Termin \_\_\_\_\_

**Rechnung an:**

Privatanschrift  Geschäftsanschrift

Herr  Frau Titel \_\_\_\_\_

Teilnehmer \_\_\_\_\_

Funktion / \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

**Privatanschrift:**

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Geschäftsanschrift:** **(Damit die Rechnung Gültigkeit hat, bitten wir um die korrekte Angabe der Einrichtung, inkl. Endung wie „e.V.“ oder „gGmbH“.)**

Institution \_\_\_\_\_

Abteilung \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Bitte  
ankreuzen!**

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen sowie die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an. (www.egzb.de/akademie/teilnahmebedingungen)



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