

Absender:

Name des Betriebes:
Straße:
PLZ, Ort:
Tel.-Nr.:
FAX-Nr.:

Empfänger:

Bitte bis spätestens 4 Wochen vor dem Seminar zurücksenden.

ASZ GmbH & Co.KG
Meisterweg 6
z.H. Frau Schwarz
59229 Ahlen

FAX-Nr.: 0 23 82 / 91 21-31

Hauptteilnehmer/in (*Inhaber/in des Salons*):

.....

Zusätzliche/r Teilnehmer/in

(*Zusatzkosten 80,- € zzgl. MwSt.*)

.....

Mitgliedsnummer der BGW:

.....

Hiermit melde ich mich zum **Grundseminar** der alternativen bedarfsorientierten Betreuung

- * am **Montag, 19.02.2018** in **Ahlen** an.
- * am **Montag, 05.03.2018** in **Münster** an.
- * am **Montag, 09.04.2018** in **Münster** an.
- * am **Montag, 28.05.2018** in **Ahlen** an.
- * am **Montag, 04.06.2018** in **Münster** an.
- * am **Montag, 02.07.2018** in **Ahlen** an.
- * am **Montag, 27.08.2018** in **Münster** an.
- * am **Montag, 03.09.2018** in **Meschede** an.
- * am **Montag, 29.10.2018** in **Ahlen** an.
- * am **Montag, 12.11.2018** in **Münster** an.
- * am **Montag, 10.12.2018** in **Ahlen** an.

*(zutreffendes bitte ankreuzen)

Hinweis: Nach erfolgter Anmeldung erhalten Sie *ca. 3 Wochen vor dem Seminar* die verbindliche Anmeldebestätigung!

Innungsmemberschaft bei einer Kreishandwerkerschaft:

* **ja** * **nein**

wenn ja, welche ? _____

*(zutreffendes bitte ankreuzen)

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift