

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 Betriebes*):

.....

Zusätzliche/r Teilnehmer/in

(*Zusatzkosten 80,- € zzgl. MwSt.*)

.....

Mitgliedsnummer der BGW:

.....

Hiermit melde ich mich zur **Fortbildung** 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 **Freitag, 04.05.2018** von nachmittags 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 **Freitag, 16.11.2018** von nachmittags in **Ahlen** an.
- * am **Montag, 10.12.2018** in **Ahlen** an.

*(zutreffendes bitte ankreuzen)

Hinweis: Nach erfolgter Anmeldung erhalten Sie *ca. 14 Tage vor dem Seminar* die Anmeldebestätigung und die Rechnung!

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift