

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

(Geschäftsführer/Gesellschafter/Inhaber):

.....

Zusätzliche/r Teilnehmer/in

(Zusatzkosten 80,- € zzgl. MwSt.)

.....

Betriebsstättennummer der BGW:

.....

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

Gesundheitswesen

(Human-, Zahn-,Tiermedizin / Ergotherapie / Logopädie / Hebammen / Heilpraktik / Pflege / Pharmazie / Physiotherapie)

* am **Mittwoch, 14.03.2018** von 14 – 19 Uhr in **Münster** an.

* am **Mittwoch, 20.06.2018** von 14 – 19 Uhr in **Ahlen** an.

* am **Mittwoch, 24.10.2018** von 14 – 19 Uhr in **Münster** an.

Beauty & Wellness

(Friseurhandwerk / Kosmetik / Podologie / Fußpflege / Tattoo und Piercing)

* am **Montag, 04.06.2018** von 09 – 14 Uhr in **Münster** an.

Mixed

(Beauty & Wellness / Beratung & Betreuung / Bildung / Friseurhandwerk / Kinderbetreuung / Human-, Tier- und Zahnmedizin / Pharmazie / Pflege / Massage / Therapeutische Praxen)

* am **Freitag, 04.05.2018** vormittags in **Münster** an.

* am **Freitag, 16.11.2018** vormittags in **Ahlen** an.

*(zutreffendes bitte ankreuzen)

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

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Schwarz/Gesundheitswesen/Rückfax MiMa