ANMELDUNG ZUR FORTBILDUNG

Kopiervorlage

Titel der Veranstaltung	Datum / Uhrzeit

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

Name, Vorname

Beruf

Funktion, Station, Wohnbereich

Adresse

☐ **Telefon dienstlich / privat** ☐ **Fax dienstlich / privat**

Einrichtung, Träger, Firma

Rechnungsanschrift (falls abweichend von der o.g. Adresse)

BUCHUNG DER VERPFLEGUNG

Ganztagsveranstaltung inkl. Tee / Kaffee

- ☐ ½ Brötchen, Mittag & Kuchen (7,- €)
- ☐ ½ Brötchen, Gr. Salat & Kuchen (7,- €)
- ☐ ½ Brötchen, Vegetarisches Mittag & Kuchen (7,- €)

Halbtagsveranstaltung inkl. Tee / Kaffee

- ☐ 1 Brötchen (1,50 €)
- ☐ 1 Stück Kuchen (1,50 €)

☐ **Keine Verpflegung**

Datum, Unterschrift

Die Teilnahme ist dienstlich

☐ möglich ☐ nicht möglich

Datum, Unterschrift Stations-/Wohnbereichsleitung /Stellvertretende Stations-/Wohnbereichsleitung

Datum, Unterschrift Vorgesetzter / Bereichs-/Teamleitung

BITTE SENDEN ODER FAXEN SIE DIESES AUSGEFÜLLTE FORMULAR AN:

Herr Michael Breede

Innerbetriebliche Fortbildung (IBF)

Psychiatrisches Zentrum

Daldorfer Straße 2

24635 Rickling

Fax 04328 – 18 731