



## Anmeldung

per Fax: 040 / 308 57 986  
per Post: Kompetenzzentrum Demenz, Hans-Böckler-Ring 23c, 22851 Norderstedt

### Die mit \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder!

Hiermit melde ich mich verbindlich für die Fortbildung / den Fachtag an

#### Teilnehmer:

\*Vorname: \_\_\_\_\_ \*Nachname: \_\_\_\_\_

\*Straße: \_\_\_\_\_ \*PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

\*Telefon: \_\_\_\_\_ \*E-Mail: \_\_\_\_\_

\* Hauptberuflich    \* Ehrenamtlich tätig bei \_\_\_\_\_

#### Bei abweichender Rechnungsanschrift des Teilnehmers

Bitte geben Sie den offiziellen Namen der Einrichtung inkl. Endung wie „e.V.“ oder „gGmbH“ an, damit die zu stellende Rechnung Gültigkeit hat.

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail : \_\_\_\_\_

\*Fortbildung/Fachtag \_\_\_\_\_

\*Fortbildungs-Nummer: \_\_\_\_\_

Bei weiteren Fortbildungen und/oder zusätzlichen Teilnehmern nutzen Sie bitte das Textfeld unter Beachtung der relevanten Angaben (Name, Hauptberuflich/Ehrenamtlich, ggf. abweichende Rechnungsanschrift, Fortbildungs-Nr.)

Vegetarische Kost    ja \*            nein \*

\* Ich/Wir erkenne/n die allgemeinen Geschäftsbedingungen des Kompetenzzentrums Demenz S-H, die auf der Homepage [www.demenz-sh.de](http://www.demenz-sh.de) zu finden sind, an.

\* \_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift