



**CARE CAMPUS HARZ**  
Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe

## Anmeldeformular

info.quedlinburg@carecampus-harz.de  
Tel: 03946 909 1897  
Fax: 03946 909 1860

### Angaben zum/r Teilnehmenden

Frau  Herr  divers

\_\_\_\_\_  
Titel, Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Telefon

### Angaben zur Veranstaltung

\_\_\_\_\_  
Titel des Seminars

\_\_\_\_\_  
Termin

\_\_\_\_\_  
Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Veranstaltungsort

### Angaben zum/r Rechnungsempfänger/in

Arbeitgeber  privat

\_\_\_\_\_  
Name des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_  
Station / Abteilung

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail des Vorgesetzten

\_\_\_\_\_  
Name des Vorgesetzten

**Hiermit melde ich mich / meine/n  
Mitarbeitende/n verbindlich zu o.g. Veran-  
staltung unter Anerkennung der AGBs an.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmende/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vorgesetzte/r