

VDAB Schulungszentrum GmbH
Bahnhofsvorplatz 1

45879 Gelsenkirchen

oder per Telefax: 0209-274219

Anmeldung

Titel der Weiterbildung: _____

Beginn: _____

Name, Vorname (Teilnehmer/in): _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Wohnort: _____

Tel./Fax/E-Mail: _____

- Selbstzahler/in
- Rechnung an den Arbeitgeber
- Mitglied des Arbeitgebers im VDAB e.V.
- Kooperationseinrichtung
- Wir/ich wollen/will den kompletten Lehrgangspreis vorausbezahlen

Anschrift des Arbeitgebers/Betriebes (Stempel):

Ihre Allgemeinen Geschäftsbedingungen „Weiterbildung“ erkenne ich/erkennen wir an.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/in

Unterschrift Kostenträger