

Kopiervorlage **Anmeldeformular**

Brandenburgisches Bildungswerk  
für Medizin und Soziales e.V.  
Zeppelinstr. 152  
14471 Potsdam

☎ (0331) 9 67 22-0  
Fax: (0331) 9 67 22-30  
Internet: www.bbwev.de  
E-Mail: mailbox@bbwev.de

**A n m e l d u n g**

**Hiermit melde ich mich verbindlich, unter Anerkennung der Teilnahme- und Zahlungsbedingungen des BBW e.V. (Potsdam), zu nachfolgend aufgeführte/n Lehrgang/Fortbildung an:**

.....  
*Lehrgangsbezeichnung bzw. Fortbildungsbezeichnung*

vom ..... bis .....

**Titel/Name/Vorname:** .....

**Anschrift (dienstl.):** .....  
*Stempel der Einrichtung*

**Telefon/Fax:** .....

**E-Mail:** .....

**oder**

**Privatanschrift:** .....  
*(mit Tel. und E-Mail)*

**Rechnungsversand:** dienstlich  privat

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Teilnahme- und Zahlungsbedingungen an.

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....