

## KBA - ANMELDEFORMULAR

BITTE SENDEN SIE DIE ANMELDUNG PER FAX ODER POST AN:

Sanitätshaus Koczyba GmbH  
KBA - Koczyba Bildungs Akademie  
Auf dem Pesch 6  
52249 Eschweiler



**02403 / 797-128**



**02403 / 797-141**



**kba@koczyba.de**

### ABSENDER DER INSTITUTION

Name der Institution:	
Straße/Nr.:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	

### VERANSTALTUNG

Seminar-Nr.:	
Termin/Ort:	

### TEILNEHMER

Name/Vorname:	
Name/Vorname:	
Name/Vorname:	
Name/Vorname:	

Ich/Wir erkenne/n die Allgemeinen Teilnahmebedingungen des Veranstalters an.

Ort / Datum

rechtsverbindliche Unterschrift