

# Anmeldeformular

Bitte senden Sie die Anmeldung per Fax oder per Post an:



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

## 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