

Anmeldeformular

Kompetenz- und Bildungszentrum Caritasverband Borken e.V.

Turmstraße 14
46325 Borken
Tel.: 02861-945-825, Fax-Nr. 02861-945 899
cpg-kbz-sek@caritas-borken.de

Kurs-Nr.:

Titel des Kurses:

Termin(e):

Rechnung und Infos an:

Einrichtung

Privatadresse

Pflichtfeld:

Name Teilnehmer/In*:

Straße*:

Telefon*:

Ort*:

Mobiltelefon:

PLZ*:

Beruf:

Email*:

Geburtsdatum:

(*=Pflichtfelder)

Einrichtung (optional):

Firmenname: _____

Ansprechpartner: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Ich erkenne die AGB und die Datenschutzerklärung an (Bitte ankreuzen)
(www.caritas-borken.de/bildung/)

Datum

Unterschrift