

Anmeldeformular Workshops

Antwort jeweils 2 Wochen vorher an:

Fax: 089/ 6 13 97 165 oder per E-Mail: zahpv@caritasmuenchen.de

Am Workshop _____ am _____ nehme ich gerne teil.

Teilnahmegebühr 80 Euro, zahlbar **nach Erhalt der Rechnung** unter Angabe der Rechnungsnummer! Barzahlung vor Ort **nicht** möglich. Wird eine verbindliche Anmeldung nach dem Antworttermin storniert, wird die Teilnahmegebühr zu 80% in Rechnung gestellt (dies gilt auch bei Krankheit oder dienstlichen Engpässen).

Der Nutzung und Speicherung meiner Daten stimme ich in folgenden Fällen zu:

- ich möchte weiterhin über Workshops und Veranstaltungen des ZAHPV informiert werden
- ich möchte über Stellenangebote des ZAHPV informiert werden
- nur für diese Veranstaltung, danach möchte ich keine Post mehr vom ZAHPV erhalten

➔ **Bitte unbedingt ankreuzen!**

Teilnehmende - Name/n in Druckbuchstaben:
Unterschrift:
E-Mail-Adresse:
Rechnungsanschrift:

Zentrum für Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung München Land, Stadtrand und Landkreis Ebersberg (ZAHPV), Innerer Stockweg 6 in 82041 Oberhaching