

Fortbildungsverbund Sozialpsychiatrie Schleswig-Holstein

Anmeldung zur Fortbildung _____

Seminartitel _____

Veranstalter _____

Vorname, Name _____

Privatanschrift _____

Telefon (priv.) _____

Telefon (dienstl.) _____

Mail-Adresse _____

Organisation/Firma _____

Beruf/Ausbildung _____

Funktion/Tätigkeit _____

Rechnungsanschrift Firma Privat

Ich nehme zur Kenntnis, dass die erhobenen Daten ausschließlich zur internen Verarbeitung gespeichert werden.

* Nur für Veranstaltungen der DGSP-SH:
Ich bin Mitglied der DGSP
Meine Organisation ist Mitglied der DGSP

Ort, Datum _____

Unterschrift _____