





| | | |
|---|--------|--------------------|
|  | | |
| Thema | | |
| Beginn | UE | Anzahl Seminartage |
| LQ | | € |
| Veranstaltungs-Nr. | Gebühr | |
| Veranstaltungsort | | |

Bitte vollständig in Druckbuchstaben ausfüllen! (Pflichtfeld)

| | |
|---|--------------|
|  | |
| Teilnehmende/r Name | Vorname |
| Anschrift | |
| Telefon/Fax | Geburtsdatum |
| E-Mail | |
| Berufsabschluss | |
| jetzige Tätigkeit (seit wann) | |

| | |
|---|--|
|  | |
| Träger der Einrichtung | |
| Einrichtung | |
| Anschrift der Einrichtung | |
| | |
| Funktion der Einrichtung | |
| | |
| Telefon/Fax | |
| | |
| E-Mail | |

Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung der personenbezogenen Daten gemäß Datenschutzerklärung

Mit dieser Interessensbekundung willige ich ein, dass mir die DBZ M-V gGmbH Fort- und Weiterbildungsangebote digital und nichtdigital zusenden darf. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. (siehe <https://www.diakonisches-bildungszentrum.de/datenschutz>)

| |
|---|
|  |
| Datum/Unterschrift Teilnehmende/r |

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass mir die DBZ M-V gGmbH Fort- und Weiterbildungsangebote digital und nichtdigital zusenden darf. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. (siehe <https://www.diakonisches-bildungszentrum.de/datenschutz>)

| |
|---|
|  |
| Datum/Unterschrift Teilnehmende/r |