



Potentiale entfalten und Ressourcen nutzen

An

**Claudia Effertz Consult
und Beraterverbund gesunde Unternehmen
Heinrichstraße 4
64347 Griesheim**

Titel Seminar/Ausbildung

Termin/Beginn Ausbildung

Kosten, zuzügl. gesetzl. MWSt.

Teilnehmer 1 - persönliche Daten

Name, Vorname

Telefonnr.

E-Mail

private Adresse (freiwillig)

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten über die Teilnehmerliste an andere Kursteilnehmer gegeben werden, um zB Fahrgemeinschaften zu bilden oder in Kontakt zu kommen

Angaben Firma, wenn Anmeldung über Arbeitgeber

Firmenname

Straße

Zahlungsmodalitäten

Zahlung erfolgt nach Erhalt der Rechnung auf:

Claudia Effertz Consult
Frankfurter Volksbank
IBAN DE 09 50 19 00 00 00 00 02 92 62

Ergänzend gelten die AGB, veröffentlicht über die website, von denen ich Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum

(Seminar-)Nummer

Ort der Durchführung

Teilnehmer 2 - persönliche Daten

Name, Vorname

Telefonnr.

E-Mail

private Adresse (freiwillig)

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten über die Teilnehmerliste an andere Kursteilnehmer gegeben werden, um zB Fahrgemeinschaften zu bilden oder in Kontakt zu kommen

Branche/Anzahl Mitarbeiter

PLZ, Ort

Zahlungsbedingungen

Teilnehmer, angemeldet über die Firma
bis 10 Tage **vor** Kursbeginn/Modul 1 von Ausbildungsreihen

Privatpersonen
bis 10 Tage **vor** Kursbeginn 50% und Restbetrag **vor** Beginn Tranche 2

Privatpersonen - nur nach gesonderter Absprache
Zahlung anteilig pro Modul jeweils 10 Tage **vor** dem Modul

Unterschrift Teilnehmer/Betriebsrat

Unterschrift Arbeitgeber/Firmenstempel