

# Anmeldung zu einer Ausbildungs- oder Fortbildungsveranstaltung des SSB

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
 Straße/Nr. \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_  
 Telefon-Nr. \_\_\_\_\_  
 Vereinsname \_\_\_\_\_  
 Vereinsnummer \_\_\_\_\_



Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgendem Lehrgang an:

		Ausbildung		Fortbildung	
Datum	Lehrg.-Nr.	X	Bitte ankreuzen!	X	Bitte ankreuzen!
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

		Übernachtung		Zimmer	
Datum	Lehrg.-Nr.	Ja/Nein	Bitte Ja oder Nein eintragen!	EZ/DZ	Bitte EZ oder DZ eintragen!
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Ich bin damit einverstanden, dass Name, Adresse und Geburtsdatum in einer Teilnahmeliste erscheinen.  
 Die Teilnahmebedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an.

\_\_\_\_\_ Ort/Datum    \_\_\_\_\_ Unterschrift Lehrgangsteilnehmer

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_