

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Strasse

\_\_\_\_\_  
Email

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum und Ort

**mebino**  
**Medizinisches Bildungszentrum Nord GmbH**  
**Nienburger Str. 6**  
**30167 Hannover**

**für Faxantwort:**  
**(0511) 473 92 99**

## **ANMELDEBOGEN**

Hiermit melde ich mich (unseren Mitarbeiter) zu folgendem Lehrgang / zu folgender Fortbildung an:

Lehrgangsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Lehrgangsnummer: \_\_\_\_\_

Lehrgangsdatum: \_\_\_\_\_

Lehrgangsgebühr: \_\_\_\_\_

Nach Eingang dieses Anmeldebogens erhalten Sie von uns eine Anmeldebestätigung und –soweit nichts anderes vereinbart- eine Rechnung zugesandt.

Bei Nichtteilnahme verfällt die Lehrgangsgebühr.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Rechnungsstellung bitte an:**  
(nur wenn von oben abweichend)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift