

# Anmeldung - per Fax oder Brief

TÜV Rheinland Akademie GmbH  
Messestraße 20  
18069 Rostock

Fax: 0381 778 937-29  
Tel: 0381 778 937-11

Hiermit melde ich folgende Teilnehmer verbindlich zum Seminar an:

Seminar: Wundexperte (ICW)

Sem.-Nr. 54100

Preis pro TN: 785,00 € mehrwertsteuerbefreit; Preis je Prüfung: 60,00 € mehrwertsteuerbefreit

Termin: 15.10. bis 17.10. und 22.10. bis 24.10.2012 – 05.11.2012 Prüfung (09:00 Uhr)

Ort: TÜV Rheinland Akademie GmbH Messestraße 20 18069 Rostock

## Teilnehmeranschrift

①

\_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Ust-IdNr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail\*

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax

②

\_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Ust-IdNr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail\*

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax

③

\_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Ust-IdNr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail\*

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax

## Rechnungsanschrift



## wie Teilnehmeranschrift

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Ust-IdNr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail\*

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Veranstalters habe ich gelesen und erkenne diese an.

\* Mit Angabe der E-Mail-Adresse stimme ich zu, regelmäßig Informationen von TÜV Rheinland zu erhalten.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift

