Dieses Formular bitte an den zuständigen Beauftragten zur Genehmigung weiterleiten. Der Beauftragte leitet die Anmeldung an die DGS/Lehrgangsveranstalter weiter.

**Malteser Hilfsdienst e.V.**

Abteilung Ausbildung

Thebäerstrasse 44

**54292 Trier**

Zu folgender Veranstaltung möchte ich mich verbindlich anmelden:

**Veranstaltung:**

Titel: PSNV Basisseminar

Ort: Waldalgesheim

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| am 12./13.08. und 26./27.08.2017 |  | mit Übernachtungmit VollverpflegungVegetarisches Essen | [ ] [ ] [ ]  | EZ [ ] DZ [ ]  |

Ich bin durch \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ auf diese Veranstaltung aufmerksam geworden (z.B. Rundschreiben, Bildungsprogramm, Internet, pers. Ansprache).

**Teilnehmer:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nachname: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Vorname: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Anschrift: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| E-Mail: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Handy: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Geb.-Datum: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Telefon: |  |

Die [Allgemeinen Geschäftsbedingungen Malteser Ausbildung](https://maltesercloud.sharepoint.com/sites/MQM/mhd/ausbildung/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=A5WVMFFTVVDY-35-289) werden anerkannt.

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

Ort/Datum Unterschrift Teilnehmer

**Gliederung / Dienststelle:**

Bezeichnung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diözese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LtA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kostenträger: [ ]  Teilnehmer [ ]  Dienststelle

Genehmigung und Kostenübernahme Dienststelle:

Mandanten-Nr. \_\_\_/\_\_\_/\_\_ Kostenstelle: \_\_\_\_\_\_

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

Ort/Datum Unterschrift LtA