

Hiermit melde ich mich/meine Mitarbeiter/in
verbindlich zum Lehrgang

Delegierbare Behandlungspflege

beim Kath. Bildungswerk Cloppenburg e.V. an.

Teilnehmerdaten **(Bitte vollständig in Blockschrift)**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Emailadresse

Telefon

Handy

Straße

PLZ, Ort

Kurs-Nr.

3003 / 2025

Lehrgangsbeginn/-dauer

14.11.2025 – 15.11.2025

Kurszeiten

08:00 – 17:00Uhr & 08:00 – 16:00Uhr

Gebühr

125,00 Euro

Lehrgangsort

Bildungswerk Cloppenburg,
Graf-Stauffenberg-Straße 1-5, 49661 Cloppenburg

Der Betrag kann von folgendem Konto abgebucht werden.

BIC, IBAN

Bank, Kontoinhaber/in

Ich/wir möchte/n kein Abbuchungsverfahren.

**In diesem Fall ist die komplette Kursgebühr vor Kursbeginn zu
überweisen!**

Bitte geben Sie bei der Überweisung die Kurs-Nr.3003/2025 an.

Die Quittung soll an folgende Anschrift geschickt werden

(Bitte vollständig in Blockschrift)

Quittungsempfänger/in

Straße

PLZ, Ort

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen (nachzulesen im Programmheft des Bildungswerkes sowie auf unserer Internetseite www.bildungswerk-clp.de) an. Ein Rücktritt kann nur schriftlich bis 4 Wochen vor Lehrgangsbeginn erfolgen. Eine Kündigung während der laufenden Weiterbildung ist nicht möglich.

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift
Firmenstempel (falls vorhanden)

Kath. Bildungswerk Cloppenburg e.V., Graf-Stauffenberg-Str. 1-5, 49661 Cloppenburg
Tel.: 04471 9108-0, Fax: 04471 9108-50, Mail: verwaltung@bildungswerk-clp.de
Bankverbindung: LZO, IBAN: DE54 2805 0100 0080 4278 91, BIC: SLZODE22XXX