



G P G V O S L  
Krankenhausstr 2  
01998 Klettwitz  
Tel/Fax 035754/739391  
E-Mail: GPGV-OSL@web.de

## TEILNAHMEANMELDUNG

Hiermit melde ich mich **verbindlich** für die Fortbildungsveranstaltung an:

Titel der Veranstaltung: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Name, Vorname / Funktion der Teilnehmer:

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

Bei Verhinderung eines gemeldeten Teilnehmers kann eine Ersatzperson an der Veranstaltung teilnehmen.

Mit der Unterschrift werden die Teilnahmebedingungen anerkannt.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_