

# SEMINARANMELDUNG

FAX 02151 / 207519



Institut IBAS  
Thywissenstr. 79

47805 Krefeld

## Hinweise zur Seminarbuchung

Bitte faxen oder senden Sie Ihre schriftliche Anmeldung an die oben stehende Fax-Nr. bzw. Anschrift. Die Anmeldebestätigung erfolgt unverzüglich. Wenn Sie mehr als 2 Teilnehmer/ Teilnehmerinnen anmelden oder diese zu verschiedenen Seminaren anmelden möchten, kopieren Sie bitte einfach dieses Blatt.

Die Hotelkosten sind von dem Teilnehmer/ der Teilnehmerin direkt an das Hotel zu zahlen oder kann bei Vorlage einer Kostenübernahmeerklärung des Arbeitgebers nach Abreise des Teilnehmers/ der Teilnehmerin vom Hotel in Rechnung gestellt werden. Die Fahrtkosten sind mit dem Arbeitgeber direkt abzurechnen. Sonstige Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB) finden Sie im Internet: [www.IBAS-Krefeld.de](http://www.IBAS-Krefeld.de)

## Anmeldung zum Seminar

**Titel:** \_\_\_\_\_

**Seminar-Nr.** \_\_\_\_\_

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

**Ort:** \_\_\_\_\_

Zu dieser Veranstaltung melden wir verbindlich an:

1. Herrn/ Frau

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Dienstl. Tel.- und Fax-Nr. : \_\_\_\_\_

Dienstl. E-Mail : \_\_\_\_\_

### Zimmerreservierung

Bitte nehmen Sie im Namen und im Auftrag unseres Betriebs für nebenstehende/n Teilnehmer/in folgende Hotelbuchung vor:

- |                                      |                             |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| Ab Vorabend mit Übernachtung ?       | <input type="checkbox"/> Ja |
| Seminar mit Übernachtung             | <input type="checkbox"/> Ja |
| Nichtraucherzimmer (soweit möglich)? | <input type="checkbox"/> Ja |
| Vegetarisches Essen ?                | <input type="checkbox"/> Ja |
| Essen ohne Schweinefleisch ?         | <input type="checkbox"/> Ja |

2. Herrn/ Frau

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Dienstl. Tel.- und Fax-Nr. : \_\_\_\_\_

Dienstl. E-Mail : \_\_\_\_\_

### Zimmerreservierung

Bitte nehmen Sie im Namen und im Auftrag unseres Betriebs für nebenstehende/n Teilnehmer/in folgende Hotelbuchung vor:

- |                                      |                             |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| Ab Vorabend mit Übernachtung ?       | <input type="checkbox"/> Ja |
| Seminar mit Übernachtung             | <input type="checkbox"/> Ja |
| Nichtraucherzimmer (soweit möglich)? | <input type="checkbox"/> Ja |
| Vegetarisches Essen ?                | <input type="checkbox"/> Ja |
| Essen ohne Schweinefleisch ?         | <input type="checkbox"/> Ja |

**Diesen Beschluss hat die Schwerbehindertenvertretung am \_\_\_\_\_ gefasst.**

Die Teilnehmergebühren (ggf. auch die Hotelkosten) werden nach Erhalt der Rechnung überwiesen.

\_\_\_\_\_  
Betriebsrat/Firma

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift der kostentragenden Stelle