

# Anmeldung

DRK-Landesverband Rheinland-Pfalz Soziale Arbeit/Bildung  
zurück per Fax an: **06131/2828-1999**



Ansprechpartner im LV: \_\_\_\_\_

Veranstaltungsdaten				
Titel der Veranstaltung:				
vom:		bis:		Ort:
<input type="checkbox"/> Seniorenbildung	<input type="checkbox"/> Yoga	<input type="checkbox"/> Pflege u. Soziales Ehrenamt	<input type="checkbox"/> Familienbildung	<input type="checkbox"/> Sonstige _____

Teilnehmerdaten		
Name:	Vorname:	Geb. am:
Straße:	PLZ:	Ort:
Tel. Nr. privat:		Tel. Nr. dienstl.:
E-Mail-Adresse:		Jetzige berufliche Tätigkeit:
Im DRK haupt- oder ehrenamtlich tätig als:		
Teilnahmevoraussetzungen		
Vorerfahrung (siehe Ausschreibungen)		
aktueller Erste-Hilfe-Schein (nicht älter als 3 Jahre)		

Bitte entsprechenden Wünsche ankreuzen	
<input type="checkbox"/> Unterbringung erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, im <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ (auf Anfrage)	
<input type="checkbox"/> Vollverpflegung	<input type="checkbox"/> vegetarische Kost <input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Bildungsfreistellung (Beantragung ist nur möglich, wenn die Bildungsfreistellung in der Ausschreibung erwähnt ist!)	
Ich bin damit einverstanden, dass zum Zwecke der Bildung von Fahrgemeinschaften auf Nachfrage meine Adresse weitergegeben wird: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Abrechnungsdaten	
Rechnung an: (Bitte ankreuzen: wenn dies nicht erfolgt, werden die Kosten dem Teilnehmer als Selbstzahler in Rechnung gestellt.)	
<input type="checkbox"/> Teilnehmer <input type="checkbox"/> DRK-Kreisverband/Entsender <input type="checkbox"/> Teilnehmer aus anderen Bundesländern	
Wir versichern, dass die/der Angemeldete die Voraussetzung zur Teilnahme an der o.g. Veranstaltung erfüllt hat und über den Termin unterrichtet wurde.	
Ort:	Datum:
für die Teilnehmer aus anderen bzw. für die Teilnahme in anderen Bundesländern: <u>Anmeldung nur möglich</u> mit Stempel des Landesverbandes.	
Name Ansprechpartner Entsendestelle mit Tel.Nr.	
Unterschrift Teilnehmer/in *)	Unterschrift/Stempel KV ( evtl. auch LV) oder zahlende Stelle

\*) Ich bin damit einverstanden, dass DRK-LV RLP meine auf dem Formular eingetragenen Daten zum Zwecke der satzungsgemäßen Aufgabenerfüllung speichert!