

CJD Köln Ville  
Zentrum für Bildung und Gesundheit  
Breite Strasse 48-50  
50667 Köln



**ANMELDUNG**

FAX: 0221 25899 921

**1. Seminar / Titel / Datum**

--

**Teilnehmeradresse**

Name, Vorname	
Strasse	
PLZ	
Ort	
Telefon	
E-Mail	
Gutscheinnummer	

**Rechnungsadresse ( falls abweichend von der Teilnehmeradresse)**

Name	
Strasse	
PLZ	
Ort	

**Die Seminargebühren von**

--

Euro

werde ich auf folgendes Konto überweisen.

WGZ Bank Düsseldorf  
Konto-Nr. 1075 392 817  
BLZ 300 600 10

Die Anmeldung wird mit Zahlung der Seminargebühren verbindlich

Die AGBs erkenne ich an.

Datum	Unterschrift
-------	--------------