



Anmeldung

Praxismentoring in Kindertageseinrichtungen

Zusatzqualifikation Kurs Nummer: _____

☐ männlich

☐ weiblich

☐ divers

Name/Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Qualifikation

Arbeitgeber

Name der Einrichtung

Ansprechpartner

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen, die Informationspflichten zum Datenschutz und die Widerrufsbelehrung habe ich zur Kenntnis genommen (zu finden unter: www.kvhs-vechta.de / im Programmheft / oder im Aushang in den Geschäftsstellen). Ich willige zudem ein, dass meine personenbezogenen Daten von der Kreisvolkshochschule Vechta e. V. im Rahmen der Veranstaltungs- und Zahlungsabwicklung verwendet werden dürfen (siehe auch § 8 AGB).

Datum, Unterschrift Teilnehmer*in

Datum, Unterschrift Einrichtung