

Anmeldung zum Strahlenschutzkurs für Fliegendes Personal

Anmeldung bitte an haug@wit-strahlenschutz.de (Mobil: 0172 623 0493)

Termin: _____ Kurspreis: _____ €

Kursbezeichnung: * _____

Name: * _____ Vorname: * _____

Anrede: * Frau ☐ / Herr ☐

Titel: _____ Beruf: _____

Privatanschrift: _____

PLZ: * _____ Ort: * _____

Straße/Nummer: * _____

Geburtsdatum: * (Format: "TT.MM.JJJJ") _____

Geburtsort: * _____

Telefon-Kontakt: _____

E-Mail-Kontakt: * _____ Notwendig für Bestätigung, etc.

Anmeldung durch: Arbeitgeber ☐ / selbst ☐

Institut/Firma: * _____

Anschrift: _____

PLZ: * _____ Ort: * _____

Straße/Nummer: * _____

Abteilung: _____

Name des Sachbearbeiters: * _____ Bitte nur eine Person

Telefon Sachbearbeiter: * _____

E-Mail Sachbearbeiter: * _____ Bitte nur eine E-Mail Adresse

Rechnungs-Nr./Aktenzeichen: _____

Nur bei abweichender Rechnungsadresse: Bitte fragen Sie bei Ihrer Verwaltung nach!

Name der Rechnungsstelle: * _____

Anschrift: * _____ PLZ: * _____ Ort: * _____

Straße/Nummer (Postfach): * _____

Abteilung: _____

Name des Sachbearbeiters: _____

E-Mail Sachbearbeiter: _____

* Pflichtfelder