

**Anmeldung zum Workshop für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter**

An Frau Schmöe / per Fax:0511 83391 306 oder E-Mail: [dschmoe@zkn.de](mailto:dschmoe@zkn.de)

Absender/Arbeitgeber/Praxis:

Praxisstempel:

---

Sofern Sie Mitarbeiter/innen durch Kurse zum Arbeitsschutz qualifizieren lassen möchten, schicken Sie uns bitte das ausgefüllte Formular zurück. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs bei der ZÄK WL berücksichtigt. Wir bestätigen Ihnen dann umgehend den verbindlichen Schulungstermin mit genauer Ortsangabe.

**Name, Vorname der teilnehmenden Person (Bitte in Druckbuchstaben!!)**

|                    |
|--------------------|
| Datum: / Kurs-Nr.: |
| Datum: / Kurs-Nr.: |
| Datum: / Kurs-Nr.: |
| Datum: / Kurs-Nr.: |

**Die Kursnummern finden Sie in der Terminübersicht.**

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Bitte um Rechnung.