

Die Landesgruppe Mecklenburg-Vorpommern

BdB e. V. Geschäftsstelle Schmiedestraße 2 20095 Hamburg

Anrede
Name
Strasse
PLZ Ort



BdB e.V.
Schmiedestraße 2
20095 Hamburg
Tel: 040 / 386 29 03-95
Fax: 040 / 386 29 03-2
info@bdb-ev.de
www.bdb-ev.de
Vereinsregister Hamburg 16753
Mitglieds-Nr.: 0000207

Landesgruppe
Mecklenburg-Vorpommern

Hamburg, den 08.05.2015

EINLADUNG

zur Mitglieder- und Wahlversammlung

und Weiterbildung mit dem Thema:
„**Betreuung – Erfolg braucht Gesundheit**“

am 10.06.2015 in Walkendorf

- Termin:** Mittwoch, 10.06.2015,
9:30 bis voraussichtlich 17:30 Uhr
- Veranstaltungsort:** Gut Dalwitz, Dalwitz 44, 17179 Walkendorf
- Veranstaltungen:**
- Mitglieder- und Wahlversammlung:**
- Bericht der Landessprecher
 - Diskussion
 - Wahlversammlung
- Weiterbildung:**
Zum Thema „Betreuung – Erfolg braucht Gesundheit“
Referent: Herr Uwe Dotzloff, Honorar Dozent Uni Rostock
- Ablauf:**
- | | |
|-----------|---------------------------------|
| 9:30 Uhr | Eintreffen |
| 10:00 Uhr | Begrüßung |
| 10:15 Uhr | Weiterbildung |
| 12:15 Uhr | Mittagessen |
| 13:00 Uhr | Fortführung der Weiterbildung |
| 14:45 Uhr | Kaffeepause |
| 15:15 Uhr | Mitglieder- und Wahlversammlung |
- Kosten:**
- | | |
|----------------------------|------------|
| BdB-QR Mitglieder | 40,00 Euro |
| BdB Mitglieder | 45,00 Euro |
| BdB Nichtmitglieder | 55,00 Euro |

Teilnahmebestätigungen werden vor Ort ausgegeben.

Wir bitten um **Anmeldung** mit der beigefügten Faxvorlage **bis 29.05.2015**.

Mit freundlichen Grüßen
für den Landesgruppenvorstand

Peter Marckwardt

Anmeldung zur Weiterbildung der Landesgruppe Mecklenburg-Vorpommern

Absender:

Name

Tel FAX.....

E-Mail:..... Mitgl.nr.

Straße:PLZ / Ort

Bitte bis zum 29.05.15 per FAX unter: 040 38 62 90 32 (elektronisches Fax) anmelden!!

Erklärung: Ich melde mich verbindlich zur Weiterbildung am **10.06.2015** in Rostock an.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: DE17ZZZ00000405123

Hiermit ermächtige ich den BdB e. V. den von mir zu entrichtenden Teilnahmebeitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BdB e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstiut vereinbarten Bedingungen.

Vorname/Name (Kontoinhaber): _____

Straße/Hausnummer: _____

Ort/Postleitzahl: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

Datum/Ort/Unterschrift: _____

Stornierungsregelung: Der Teilnehmerbeitrag wird in voller Höhe fällig, wenn Sie sich zu spät, das heißt nach dem 04.06.2015 abmelden. Stornierungen sind nur bis 3 Tagen vor der Veranstaltung möglich.