

**BdB e. V.**  
**Fax: 040 / 38 62 90 32**

**Absender:**

Name .....

Tel:.....

Fax:.....

E-Mail:.....

Straße: .....

PLZ / Ort: .....

Mitgliedsnummer: .....

**Bitte  
Zurückfaxen bis  
09.09.2015**

**Anmeldung zur Fortbildung  
Landesgruppe Schleswig-Holstein**

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Fortbildung SGB VIII  
am **25. September 2015** in Neumünster an.

Es besteht folgende Nahrungsmittelunverträglichkeit:\_\_\_\_\_.

**Einzugsermächtigung:** Hiermit bevollmächtige ich den BdB e.V., den von mir zu entrichtenden Teilnehmerbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

IBAN. .... BIC.....

Geldinstitut..... Betrag .....

Kontoinhaber/in.....

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift