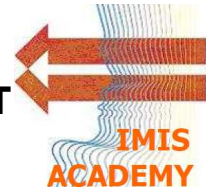


ANMELDUNG – TEILNAHME AM ZERTIFIKAT



Zertifikatname:	
Beginn:	
Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder vollständig aus uns senden / faxen Sie das Formular unterzeichnet zurück an: Institut für Managementinformationssysteme e.V., z. H. Frau Sybille Schön, Ernst-Boehe-Str. 15, 67059 Ludwigshafen, Fax: 0621/59902-77	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Privatanschrift:	
E-Mail:	
Telefon:	
Beruf / Ausbildung:	
Aktuelle Position:	

Hiermit melde ich mich verbindlich für die oben genannte Veranstaltung an.

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift – Teilnehmer

Rechnung

Bitte senden Sie die Rechnung über die Gebühren in Höhe von EUR _____ zzgl. MwSt.

an mich.

an meinen Arbeitgeber:

Arbeitgeber mit Anschrift und ggf. Ansprechpartner

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift – Teilnehmer
(Firmenstempel, bei Kostenübernahme durch Firma)

Wir behalten uns vor, Seminare abzusagen, wenn die Mindestteilnehmerzahl nicht erreicht wird. Die Absage erfolgt i.d.R. einen Tag nach Anmeldeschluss.