

Bildungszentrum Schlump  
Abtl. Gesundheitsförderung  
Beim Schlump 86  
20144 Hamburg  
Fax: 040- 443682



**BILDUNGS  
ZENTRUM  
SCHLUMP  
HAMBURG**

## Anmeldung

-Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen-

Für eine verbindliche Anmeldung müssen alle Felder ausgefüllt sein:  
Hiermit melde ich mich verbindlich an für:

**Kursbezeichnung:** .....

**Termin:** vom ..... bis .....

**Wochentag:** .....

**Zeit:** von ..... bis .....

**Veranstaltungsort:** .....

.....

.....

**Name:** ..... **Vorname:** .....

**Straße/Haus-Nr.:** .....

**Plz./Ort:** .....

.

**Tel.:** .....

### Teilnahmevereinbarung

1. Die Teilnahme erstreckt sich über die gesamte Dauer des belegten Kurses und verlängert sich **nicht** automatisch.
2. Der Teilnahmebeitrag wird vorab in Rechnung gestellt und ist vor Kursbeginn fällig.
3. Sollte eine Teilnahme nicht möglich sein, so erbitten wir eine **schriftliche Absage bis 14 Tage vor** Kursbeginn. Danach wird der Teilnahmebeitrag in voller Höhe fällig.
4. Die Teilnahme erfolgt auf eigene Gefahr. Für persönliche Gegenstände wird keine Haftung übernommen.

Hamburg, den .....

.....  
Unterschrift des Teilnehmers