

ANMELDUNG PER FAX: 0231 / 755 2982

**TU Dortmund, Zentrum für Hochschulbildung (zhb), Hohe Str. 141, 44139 Dortmund
Tel: 0231/755-6507 oder- 2164 Fax: 0231/755-2982 E-Mail: zhb-wb@tu-dortmund.de**

Hiermit melde ich mich zu dem Weiterbildenden Studium

„Cerebral bedingte Sehbeeinträchtigung im Kindesalter“

(Start 27.September 2014) verbindlich an.

Private Kontaktdaten

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

Tel: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Berufliche Kontaktdaten

Institution: _____

Funktion: _____

Adresse: _____

Tel: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Bitte kreuzen Sie an:

Die Rechnung bitte an

- meine oben genannte Dienstadresse senden

- meine Privatadresse senden

Bisherige Berufserfahrung und derzeit ausgeübte Tätigkeit:

Die Teilnahmebedingungen lt. Ausschreibung (Faltblatt bzw. Information im Internet) sind mir bekannt und ich erkenne sie an. Die Gebühren für die Weiterbildung betragen EUR 1.600,- (zahlbar in 3 Raten möglich). Die Anmeldefrist endet am 05.09.2014. Eine Stornierung ist nur schriftlich bis zum 12.09.2014 gegen eine Bearbeitungsgebühr von EUR 50,- möglich. Bei Stornierung nach diesem Termin oder bei vorzeitigem Abbruch der Weiterbildung ist der volle Beitrag zu zahlen. Ich bin mit der Speicherung meiner Daten zum Zweck der Veranstaltungsorganisation einverstanden.

Datum/Unterschrift: _____