

**FAX - Antwort
für Anmeldungen
von Bildungs-, Beratungs- und/oder
Projektleistungen**

Institut
für
Gesundheits- und Sozialmanagement



Parkstraße 10 · 18057 Rostock
Tel.: 03 81 - 49 02 82 5 o. 51 96 14 2
Fax: 03 81 - 44 44 26 0
E-mail: igs@wta-rostock.de

Postadresse
Parkstraße 10
18057 Rostock

KOPIERVORLAGE

Sehr geehrte Damen und Herren,

für folgende Leistungen zeigen wir Interesse und möchten hiermit unseren Bedarf anmelden zur folgenden Thematik/Problematik:

Berufsbegleitende Fortbildungen (Thema/en bitte eintragen)

.....voraussichtliche Teilnehmerzahl

.....voraussichtliche Teilnehmerzahl

.....voraussichtliche Teilnehmerzahl

Beratungs-/Projekt-/Evaluierungsleistungen zur folgenden Problematik

.....
.....
.....

Wir haben Interesse an ... (bitte ankreuzen)

Telefonischen Rückruf zwecks Absprachen/Auftragserteilung o.ä.

Fachgespräch zu

Sendung von Materialien über

Weiteres/Sonstiges

Absender:

Einrichtung/Organisation

Anschrift/Tel./Fax/e-mail

Ansprechpartner

.....
Datum, Unterschrift

**FAX - Antwort
für Anmeldungen
von Bildungs-, Beratungs- und/oder
Projektleistungen**

Institut
für
Gesundheits- und Sozialmanagement



Parkstraße 10 · 18057 Rostock
Tel.: 03 81 - 49 02 82 5 o. 51 96 14 2
Fax: 03 81 - 44 44 26 0
E-mail: igs@wta-rostock.de

Postadresse
Parkstraße 10
18057 Rostock

KOPIERVORLAGE

Sehr geehrte Damen und Herren,

für folgende Leistungen zeigen wir Interesse und möchten hiermit unseren Bedarf **verbindlich** anmelden zu folgender Thematik:

Berufsbegleitende Fortbildung (Thema bitte eintragen)

..... Teilnehmerzahl

| Name | Vorname | Qualifikation | z.Z. tätig als ... |
|------|---------|---------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

In Vorbereitung auf die Fort-/Weiterbildung ist aus unserer Sicht noch zu klären ...

.....
.....

Wir haben Interesse an ... (bitte ankreuzen)

- Telefonischen Rückruf zwecks Absprachen/Auftragserteilung o.ä.
- Fachgespräch zu
- Sendung von Materialien über
- Weiteres/Sonstiges

Absender:

Einrichtung/Organisation

Anschrift/Tel./Fax/e-mail

Ansprechpartner/in

.....
Datum, Unterschrift