

Akademie für
Gesundheits- und Sozialberufe (AGS) GmbH
Langer Peter 27 b
25524 Itzehoe

Kostenübernahmeerklärung

Frau Herr _____ Titel

Nachname Vorname

Straße PLZ/Ort

hat sich bei Ihnen für die folgende Veranstaltung angemeldet:

Veranstaltung

Veranstaltungsnummer von/bis

Die Rechnung über die Veranstaltungsgebühren in Höhe des Gesamtbetrages^(*)/Teilbetrages^(*) von _____ Euro,

gewünschte Zahlungsweise: einmalig, vierteljährlich^(**), monatlich^(**), senden Sie bitte an:

() Unzutreffendes bitte streichen (**) Nur bei Veranstaltungen mit einer Laufzeit länger als einen Monat*

Firma

Rechtsform Kundennummer

Straße PLZ/Ort

Website Fax

Ansprechpartner Frau Herr _____ Titel

Nachname Vorname

Funktion E-Mail dienstlich

Telefon dienstlich Telefon mobil dienstlich

Ort/Datum Unterschrift Firmenstempel

Teilnehmer

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen über meine Veranstaltungsteilnahme auf Anfrage an das zahlende Unternehmen weitergegeben werden können.

Ort/Datum Unterschrift Teilnehmer/in