

An das  
**Paritätische Bildungswerk** Landesverband Brandenburg e. V.  
Stephensonstraße 24-26  
14482 Potsdam  
**Fax-Nr.: 0331 – 7481877**

Tel.-Nr.: 0331-7481875

### **Anmeldung (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)**

**Hiermit melde ich mich verbindlich für das**  **Seminar**  **den Workshop**  **den Kurs an:**

Nr.: **2019-**\_\_\_\_\_ Termin: am/vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Thema: \_\_\_\_\_

Anrede: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

➤ **Pflichtangaben, wenn Sie die Rechnung privat übernehmen werden:**

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

*(Wird für den zukünftigen digitalisierten Versand der Seminarbestätigungen/Rechnungen benötigt.)*

Für Rückfragen bin ich telefonisch erreichbar unter: \_\_\_\_\_

➤ **Pflichtangaben, wenn Ihr Arbeitgeber die Rechnung übernehmen wird:**

Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ FAX-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

*(Wird für den zukünftigen digitalisierten Versand der Seminarbestätigungen/Rechnungen benötigt.)*

**Ich bin tätig im Bereich:** \_\_\_\_\_

➤ Die **Bestätigung/Rechnung** senden Sie bitte an:  **die Privatadresse**  **die Arbeitgeberadresse**

➤ Die Einrichtung ist **Mitglied im PARITÄTISCHEN LV Brbg.** und/oder **PBW LV Brbg.**

**Ja**  / Mitgl.-Nr. \_\_\_\_\_ **Nein**

Wenn Sie Assistenzbedarf benötigen, teilen Sie uns dies bitte in der Anmeldung mit!

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Zustimmung für die Aufnahme meiner Daten in die Adressdatenbank des PBW LV Brandenburg. Meine persönlichen Daten werden entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen nur intern im PBW zu Abrechnungszwecken und zur Versendung weiterer Bildungsangebote des PBW gespeichert und verwendet. Ich kann jederzeit der Nutzung meiner Daten schriftlich widersprechen. Der Widerspruch betrifft nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung der Daten bis zum Widerspruch. Die gespeicherten Daten werden dann umgehend gelöscht.

**Die AGB des PBW sowie die EU-DSGVO und das Bundesdatenschutzgesetz sind mir bekannt und ich erkenne sie mit meiner Unterschrift an.**

Datum/Ort: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel: \_\_\_\_\_