# Anmeldung zur Fortbildung

# Krankenkassenfachwirt/in | KKFW

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  |  |  | |
|  |  | |
| IKK Akademie  Im Alten Holz 96-102  58093 Hagen | | | | |  | **Fax 02331 3506 -444**  **nadine.reinecke@ikk-akademie.de** | | |
| Persönliche Daten | | | Anrede | |  | Frau  Herr | | |
|  | | | Name, Vorname | |  | | |
|  | | | Geburtsdatum | |  | | |
|  | | | E-Mail (geschäftlich) | |  | | |
|  | | | Telefon (geschäftlich) | |  | | |
|  | | | Privatanschrift | |  | | |
|  | | |  | | Straße, Hausnummer | | |
|  | | |  | | PLZ, Ort | | |
| Abgeschlossene Berufsausbildung als (Bitte fügen Sie die Kopie des Zeugnisses bei) | | | | |  |  | | |
|  | |  | | |  |  | | |
|  | | | | | | | | |
| Arbeitgeber | Firma / Bezeichnung | | | | |  | | |
|  | Geschäftsstelle | | | | |  | | |
|  | Anschrift | | | | |  | | |
|  | | | | | | Straße, Hausnummer | | |
|  |  | | | | | PLZ, Ort | | |
| Ansprechpartner | Anrede | | | | | Frau  Herr | | |
|  | Name, Vorname | | | | |  | | |
|  |  | | | | |  | | |
|  |  | | | | | E-Mail Adresse | | |
|  | | | | | | Telefonnummer | | |
|  | | | | | |  | | |
| Weitere Wünsche (z. B. zur Einteilung d. Seminare) | | | | | |  | | |
|  | | | |  | |  | |  |
| Teilnahme an der Potenzialanalyse | ja nein | | |  | | Unser Mitarbeiter/in hat bereits die Potenzialanalyse bestanden | | ja  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Es gelten unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen.  Druckfehler, Irrtümer, Änderungen vorbehalten. |  |
| Ort, Datum Unterschrift |