

**Anmeldung zur Schulung
 in Ihrem Unternehmen**

**Befähigte Person zum Prüfen austauschbarer
 Kipp- & Absetzbehälter gemäß § 14
 Betriebssicherheitsverordnung (BetrSichV)**

Termin am:

○

Firma

Firmenname

Straße & Nr.

PLZ & Ort

Telefon/Fax

Ansprechpartner

E-Mail

Rechnungsanschrift (falls abweichend)

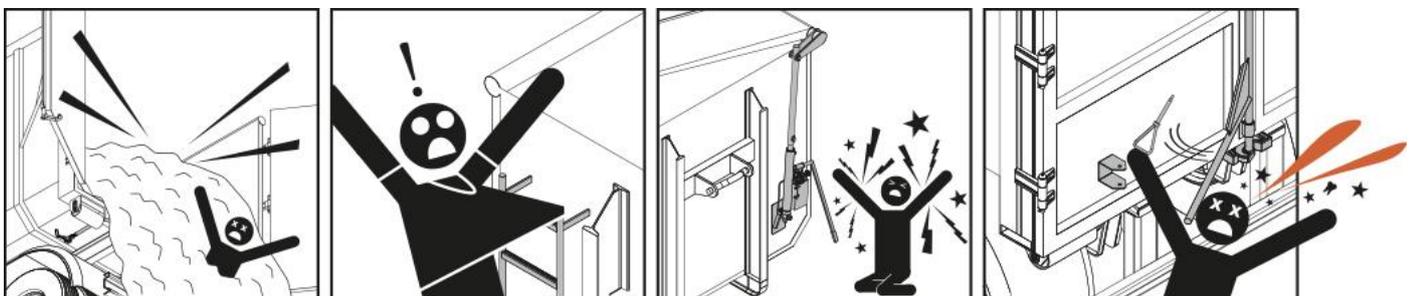
Firmenname

Straße & Nr.

PLZ & Ort

Teilnehmende Personen

Nach-/Vorname:	Geburtsdatum:
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	



Ich/wir erkenne/-n die Allgemeinen Teilnahmebedingungen für Schulungen des Veranstalters an:

UnterschriftDatum

Im Anschluss an Ihre Buchung erhalten Sie von uns eine Anmeldebestätigung.

Rewald GmbH | www.rewald.eu | event@rewald.eu | Tel 030 2000 578

