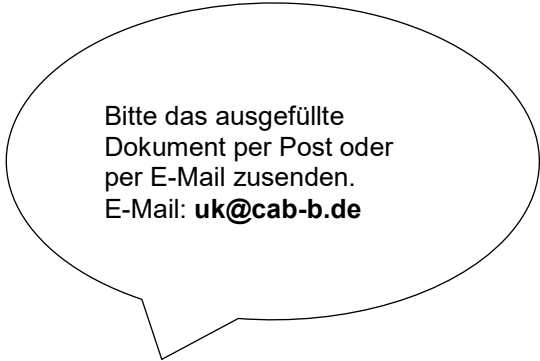




## Anmeldung und Buchung

### Empfänger:

CAB Caritas Augsburg Betriebsträger gGmbH  
Beratungsstelle für Unterstützte Kommunikation  
Fach-Zentrum für Leichte Sprache  
Alter Postweg 92  
86159 Augsburg



Bitte in Druckschrift ausfüllen.

### Veranstaltung / Veranstaltungen

Titel: \_\_\_\_\_  
Termin: \_\_\_\_\_

### Teilnehmer

Name / Vorname: \_\_\_\_\_  
Beruf / Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
Kontakt-E-Mail: \_\_\_\_\_

### Dienstliche Adresse

Institutionsname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### Rechnungsanschrift

Rechnungsanschrift und dienstliche Adresse stimmen überein

Rechnungsempfänger: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon / E-Mail: \_\_\_\_\_

- Ich melde mich verbindlich für oben angegebene Veranstaltung / Veranstaltungen an. Die Teilnahmebedingungen sind mir bekannt.
- Ich möchte in den Fortbildungs- und Informationsverteiler aufgenommen werden.

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_