# Anmeldung zur Fortbildung

# Krankenkassenfachwirt/in | KKFW

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |
| IKK AkademieIm Alten Holz 96-10258093 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 |