

# Anmeldung zur Qualifizierung zum/zur Aromatherapeut/in bzw. Aromapraktiker/in

Zeitraum/ Datum:

---

Name:

---

Vorname:

---

Geb.-Datum:

---

Straße/ Haus-Nr.:

---

PLZ/ Ort:

---

Telefon (privat):

---

Telefon (mobil):

---

Telefon (dienstlich):

---

E-Mail:

**Beruf:**

---

Berufliche Tätigkeit (aktuell):

---

Falls der Arbeitgeber die Kosten der Bildungsmaßnahme übernimmt bitte

Anschrift Arbeitgeber:

---

Ansprechpartner

---

Rechnungsadresse

---

Tel.:

---

E-Mail

---

## Datenschutz:

Ich erkläre mich gemäß § 4a Abs.1 und 3 BDSG einverstanden, dass alle meine angegebenen Daten, deren Änderungen und Ergänzungen, im Rahmen der Zweckbestimmung meiner Teilnahme an den Fort- u. Weiterbildungen elektronisch verarbeitet und genutzt werden. Ergänzend gelten die Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes in der jeweiligen Fassung.

**Ich stimme den Datenschutzbestimmungen zu und melde ich mich verbindlich für die Bildungsmaßnahme an**

Ort/Datum:

---

Unterschrift:

---