



**ANMELDUNG ZUR TEAMFORTBILDUNG**

an den Caritasverband für die Diözese Passau e. V.  
 Abteilung Kinder- Jugend- und Familienhilfe  
 Steinweg 8 - 94032 Passau

**Hiermit melde ich mein Team verbindlich für folgende Teamfortbildung an (Priorität 1):**

Kurs-Nr.	<input type="text"/>	Termin/e:	<input type="text"/>
Kursort:	<input type="text"/>	Kurstitel:	<input type="text"/>

**Sollte erstgenannte Fortbildung bereits ausgebucht sein, melden wir uns für folgende Alternative an (Priorität 2):**

Kurs-Nr.	<input type="text"/>	Termin/e:	<input type="text"/>
Kursort:	<input type="text"/>	Kurstitel:	<input type="text"/>

**Sollten oben genannte Fortbildungen bereits ausgebucht sein, melden wir uns für folgende Alternative an (Priorität 3):**

Kurs-Nr.	<input type="text"/>	Termin/e:	<input type="text"/>
Kursort:	<input type="text"/>	Kurstitel:	<input type="text"/>

**HINWEIS: Die Anmeldungen sind verbindlich, Sie erhalten die Zusage nur für ein Seminar!**

**Angaben zur Einrichtung:**

<small>(Vollständige Bezeichnung der Einrichtung)</small>		
<small>(Anschrift)</small>		
<small>(Ansprechpartner/in)</small>	<small>(Telefon)</small>	<small>(E-Mail)</small>

**ERTEILUNG EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS**

**Einrichtung:**

<small>(Kontoinhaber)</small>	
<small>(Kreditinstitut)</small>	
<small>(IBAN)</small>	<small>(BIC)</small>
<small>(Betrag)</small>	<small>Ort, Datum, Unterschrift Kontoinhaber/in</small>

DiCV-Einrichtung  Kath. Einrichtung  Kommunale Einrichtung  Sonstiges

**Hinweise:**

Die Teilnahmebedingungen, Fortbildungsleitlinien und die Reisekostenordnung des DiCV sind Bestandteil dieser Anmeldung. Es werden nur komplett ausgefüllte Anmeldeformulare und Einzugsermächtigungen für eine Platzbuchung berücksichtigt. Es ist mir bewusst, dass bei Rücktritt innerhalb von vier Wochen vor Seminarbeginn Ausfallgebühren anfallen (s. Teilnahmebedingungen). Ich verpflichte mich, bei der Fortbildung die offene Teilnehmerliste gemäß den Vorgaben des Bay. Staatsministeriums für Familie, Arbeit und Soziales auszufüllen und zu unterschreiben. Diese wird an den Verband katholischer Kindertageseinrichtungen weitergeleitet, wiederum mit Weiterleitung an das Bay. Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales ggf. an Kooperationspartner (im FoBi-Heft angegeben). Mit den Hinweisen zur Datenverarbeitung (siehe FoBi-Programm) erkläre ich mich mit untenstehender Unterschrift einverstanden. Ferner akzeptiere/n ich/wir, die Rechnung per e-Mail zu erhalten. Ich/Wir ermächtige/n den Caritasverband für die Diözese Passau e. V. umseitig genannte Zahlung/en von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/ unser Geldinstitut an, die Lastschrift einzulösen. Ich/wir kann/können binnen acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem/ unserem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

<small>Unterschrift</small>	Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich obige Hinweise und Teilnahmebedingungen
-----------------------------	--

**Nachfolgende Angaben werden vom Träger/Regionalleitung ausgefüllt:**

<small>Fortbildung genehmigt:</small>	<small>Datum und Unterschrift der Regionalleitung / des Trägers</small>
---------------------------------------	---

**Buchungsvermerke des DiCV:**

## Mitarbeiterliste zur Team-Fortbildung

Kurs-Nr.

Einrichtung:

Leitung:

Kursname:

Lfd.Nr.	Name	Vorname	Tätigkeit (L, FK, EK, SPS)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Datum, Unterschrift des Trägers/der Regionalleitung