

**Verbindliche Anmeldung zum Kurs Nr.:** \_\_\_\_\_

**Thema:** \_\_\_\_\_

**Termin(e):** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_

Fax privat: \_\_\_\_\_

E-Mail privat: \_\_\_\_\_

Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_

Fax dienstl.: \_\_\_\_\_

E-Mail dienstl.: \_\_\_\_\_

Privatanschrift:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Dienstanschrift:

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Trägeranschrift (falls von  
Dienstanschrift abweichend):

Name des Trägers: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Bundesland: \_\_\_\_\_

Die Rechnung senden Sie bitte an ☐ Privatanschrift  
☐ Dienstanschrift

Zur Vervollständigung unserer Kundendatei und zur  
teilnehmerorientierten Vorbereitung der Veranstaltung  
bitten wir Sie, uns noch folgende Angaben zu machen  
(Zutreffendes bitte ggf. ankreuzen):

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_

ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Ich habe bereits an einer Fortbildungsveranstaltung o. ä.  
der GFO teilgenommen: ☐ ja ☐ nein

Der Träger meiner Einrichtung  
ist Mitglied im BEB: ☐ ja ☐ nein

**Wichtiger Hinweis!** Mit meiner Anmeldung wird bei mehrtägigen Veranstaltungen Unterkunft / Verpflegung gebucht.

Abweichend hiervon erkläre ich: ☐ Ich wünsche keine Unterkunft ☐ Ich wünsche keine Verpflegung

Die Kosten für Unterkunft / Verpflegung rechne ich mit der Tagungsstätte vor Ort ab. Falls ich keine Unterkunft / Verpflegung wünsche, zahle ich die von der Tagungsstätte erhobene Tagungspauschale (i. d. R. ca. 50 % der Unterbringungs- / Verpflegungskosten). Falls angeboten, bevorzuge ich vegetarisches Essen: ☐ ja ☐ nein

Die auf der Rückseite ausgeführten Anmelde- und Rücktrittsregelungen etc. sowie die Information über die Speicherung etc. meiner Daten habe ich gelesen und akzeptiere sie.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Teilnehmerin / des Teilnehmers

**Zugehörigkeit zu folgendem Wohlfahrtsverband:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diakonisches Werk | <input type="checkbox"/> Paritätischer Wohlfahrtsverband |
| <input type="checkbox"/> DRK               | <input type="checkbox"/> Privater Träger                 |
| <input type="checkbox"/> Caritas Verband   | <input type="checkbox"/> Sonstiges                       |
| <input type="checkbox"/> Arbeiterwohlfahrt |  |
| <input type="checkbox"/> Lebenshilfe       |  |

**Typ meiner Einrichtung:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Komplexeinrichtung       | <input type="checkbox"/> Tagesstätte                                   |
| <input type="checkbox"/> Kontaktstelle            | <input type="checkbox"/> WfB   |
| <input type="checkbox"/> Medizinische Einrichtung | <input type="checkbox"/> Wohneinrichtung (Heim, Betreutes Wohnen etc.) |
| <input type="checkbox"/> Sonderkindergarten       |  |

**Ich bin in folgender Funktionsebene tätig:**

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Basis   | <input type="checkbox"/> Mittleres Management |
| <input type="checkbox"/> Leitung | <input type="checkbox"/> Sonstiges            |

**Ich bin in folgendem Fachbereich tätig:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Altenhilfe           | <input type="checkbox"/> Körperbehinderung |
| <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> Psychiatrie       |
| <input type="checkbox"/> Jugendhilfe          | <input type="checkbox"/> Sonstiges         |

**Mein Tätigkeitsbereich:**

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Betreuung / Wohnen                           | <input type="checkbox"/> Technik    |
| <input type="checkbox"/> Hauswirtschaft                               | <input type="checkbox"/> Therapie   |
| <input type="checkbox"/> Fort- und Weiterbildung, Personalentwicklung | <input type="checkbox"/> Verwaltung |
| <input type="checkbox"/> Medizin                                      | <input type="checkbox"/> Sonstiges  |

**Mein Arbeitsfeld** (kurze Beschreibung mit Angabe der Größe des Arbeitsbereiches, Mitarbeiter/innenanzahl, Alter der zu Betreuenden etc.): \_\_\_\_\_

**Meine wichtigsten bisherigen Fortbildungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte tragen Sie hier die Anschrift des Veranstalters ein;  
Sie finden sie auf der Rückseite des Flyers oder  
in der Umschlaginnenseite unseres Programmheftes:

---

---

---

---

#### **Für GFO gelten folgende Rücktrittsbedingungen:**

Mit Ihrer schriftlichen Anmeldung verpflichten Sie sich zur Teilnahme an der entsprechenden Veranstaltung und erkennen die Rücktrittsbedingungen an.

Ein Rücktritt ist bis acht Wochen vor Beginn der Veranstaltung kostenlos möglich. Bei späterer Absage (auch im Krankheitsfall) werden vom Veranstalter – falls er den Platz nicht anderweitig vergeben kann – folgende Rücktrittsgebühren erhoben:

- bis 4 Wochen vor Veranstaltungsbeginn:  
20 % der Teilnahmegebühr
- bis 2 Wochen vor Veranstaltungsbeginn:  
50 % der Teilnahmegebühr
- weniger als 2 Wochen bis zwei Tage vor Veranstaltungsbeginn:  
80 % der Teilnahmegebühr
- Hinzu kommen die Ausfallgebühren, die die Tagungsstätte berechnet.
- Bei Abmeldung am Tage vor dem bzw. am Veranstaltungstag, bei Nichtteilnahme ohne vorherige Abmeldung oder vorzeitiger Abreise sind die gesamten Kosten fällig.

#### **Information zur Datenerhebung/-verarbeitung:**

Zum Zwecke der Durchführung der Fortbildungsveranstaltungen der GFO einschließlich der Abrechnung werden von mir persönliche Daten erhoben und verarbeitet. Die erhobenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ich bin damit einverstanden, dass die für den jeweils belegten Kurs erstellten Teilnehmerlisten zur Bildung von Fahrgemeinschaften an die jeweils anderen Teilnehmer verschickt werden können.

Ich bin auch künftig an Veranstaltungsinformationen der GFO interessiert und wünsche die Zusendung von Informationsmaterial.

#### **Zahlungsmodalitäten:**

Sie erhalten vom Veranstalter i. d. R. vor der Veranstaltung eine Rechnung, in der die Teilnahmegebühr ausgewiesen wird. Nach deren Erhalt überweisen Sie bitte umgehend den Rechnungsbetrag auf das angegebene Konto. Bitte die Rechnungsnummer angeben.

#### **Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung rechnen Sie bitte mit der Tagungsstätte vor Ort ab.**

Vertragspartner/in für den Veranstalter ist jeweils der/die angemeldete Teilnehmer/in, auch wenn der Arbeitgeber die Kosten ganz oder teilweise trägt.

Gerichtsstand ist der Sitz der GFO: Schwäbisch Hall.