

# ANMELDUNG

per E-Mail oder postalisch

---

NEXUS / IPS GmbH  
Standort Kassel  
Bertha-von-Suttner-Str. 1  
34131 Kassel

Tel. +49 561 94288-00  
E-Mail [info@nexus-ips.de](mailto:info@nexus-ips.de)

---

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgendem Seminar an:  
(Bitte pro Teilnehmer eine Anmeldung verwenden.)

- EuroSDS Grundschulung      Termin: \_\_\_\_\_
- EuroSDS Workshop
- EuroSDS Advanced Training

Termine für Workshops und Advanced Trainings bieten wir Ihnen gerne individuell an.  
Wir freuen uns über Ihre Anfrage.

## TEILNEHMERANSCHRIFT

\_\_\_\_\_  
Krankenhaus / Firma

\_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Abteilung / Funktion

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail\*

\_\_\_\_\_

## RECHNUNGSANSCHRIFT WIE TEILNEHMERANSCHRIFT

\_\_\_\_\_  
Krankenhaus / Firma

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\*Mit Angabe der E-Mail-Adresse stimme ich zu, zukünftig per E-Mail über Angebote von NEXUS / IPS informiert zu werden.