Anmeldung zu einer Ausbildungs- oder Fortbildungsveranstaltung des SSB

Name, Vorname _____

Geb.-Datum _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

E-Mail _____

Telefon-Nr. _____

Vereinsname _____

Vereinsnummer _____

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgendem Lehrgang an:

		Ausbildung		Fortbildung	
Datum	**Lehrg.-Nr.**	**X**	*Bitte ankreuzen!*	**X**	*Bitte ankreuzen!*
		☐		☐	
		☐		☐	
		☐		☐	
		☐		☐	

		Übernachtung		Zimmer	
Datum	**Lehrg.-Nr.**	**Ja/Nein**	*Bitte **Ja** oder **Nein** eintragen!*	**EZ/DZ**	*Bitte **EZ** oder **DZ** eintragen!*

Ich bin damit einverstanden, dass Name, Adresse und Geburtsdatum in einer Teilnahmeliste erscheinen. Die Teilnahmebedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an.

_____ _____

Ort/Datum **Unterschrift Lehrgangsteilnehmer**

Bemerkungen: _____

_____

_____

_____

_____

Sächsischer Schützenbund e. V. - Landesfachverband für sportliches Schießen
Hans-Driesch-Str. 2B - 04179 Leipzig - Telefon 0341/4427334 - Fax 0341/2117036
E-Mail info@saechsischer-schuetzenbund.de - Homepage http://www.saechsischer-schuetzenbund.de