



Vorname, Nachname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Email	
Titel, Beruf (optional)	
Institution (optional)	

Die **Teilnahmegebühr** beträgt:

Bis 30.09.2019\* 30,00€, bis 31.10.2019\* 40,00€ und Barzahlung an der Tageskasse 50,00€.

*\*Datum des Zahlungseingangs*

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende der folgenden Kästchen an:

- Ich zahle nach Erhalt einer Rechnung.
- Ich überweise den Betrag von 30,00€ / 40,00€ bis zum o.g. Termin an folgendes Konto:  
Empfänger: Schildower Kreis  
IBAN: DE03 4306 0967 2073 6947 00  
BIC: GENODEM1GLS

Des Weiteren stimmen Sie bitte zu, dass wir Ihre Daten gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) für den Zweck dieser Veranstaltung nutzen dürfen und schicken Sie die ausgefüllte Anmeldung an: [officeschildow@yahoo.com](mailto:officeschildow@yahoo.com)

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu diesem Zweck genutzt werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift