

# Anmeldeformular 2025

Caritasverband für die Diözese Würzburg e. V.  
Referat Kompetenz- & Profilbildung  
Tel.: 0931 386-66667, E-Mail: bildung@caritas-wuerzburg.de  
Online-Anmeldung unter www.bildung.caritas-wuerzburg.de



\_\_\_\_\_  
Kurstitel

\_\_\_\_\_  
Kursnummer                      Veranstaltungsdatum

m  w  d \_\_\_\_\_  
Name (ggf. geb.)/Vorname

\_\_\_\_\_  
Beruf u. (Leitungs)funktion

\_\_\_\_\_  
Name Ihrer Einrichtung                      EDV-Nr. (falls vorhanden)

\_\_\_\_\_  
Adresse Ihrer Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax/E-Mail (E-Mail bitte unbedingt angeben)

**Verpflegung:**  Normalkost  vegetarisch

**Übernachtung:**  mit Übernachtung  ohne Übernachtung

**Trägerschaft:**  katholisch  evangelisch  
 kommunal  sonstige

\* Die Datenschutzhinweise (S. 223 im Fortbildungsprogramm 2025)  
habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass die angegebenen Daten  
(mein Name, die Berufsfunktion sowie Ort, Telefonnummer und  
E-Mail-Adresse) zur Bildung von Fahrgemeinschaften an andere  
Teilnehmer weitergeleitet werden dürfen.

**Art der Bezahlung:**  SEPA-Lastschriftmandat

Caritasverband für die Diözese Würzburg e. V., Franziskanergasse 3, 97070 Würzburg, Gläubiger  
Identifikationsnummer: DE28ZZZ0000039623; Ihre Mandatsreferenz-Nummer wird Ihnen schriftlich  
mitgeteilt. Ich ermächtige den Caritasverband für die Diözese Würzburg e. V., einmalig eine Zahlung von  
meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Car-  
tasverband für die Diözese Würzburg e. V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis:  
Ich kann 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages  
verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Abbuchungsbetrag                      € (Einzug erfolgt 1 Woche NACH dem Kurs)

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Vorname/Name d. Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer d. Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl/Ort d. Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift des Kontoinhabers

Rechnung

\* **Mit dieser Anmeldung erkenne ich die Teilnahmebedingungen an.  
Die Zustimmung des Trägers zu dieser Fortbildung wurde eingeholt.**

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