

Verbindliche Anmeldung zum Workshop  
„Trauerbegleitung bei Kindern und Jugendlichen“



Veranstaltungstermin:	
-----------------------	--

**Teilnehmerdaten:**

Name und Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
E-Mail:	
Telefon:	
Beruf/Tätigkeit:	

**Rechnungsanschrift (falls abweichend)**

Firma/Verein:	
Name und Vorname:	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
E-Mail	

Mit meiner Unterschrift melde ich mich unter Anerkennung der AGB's von Wolfsträne e.V. verbindlich zu obiger Veranstaltung an.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wolfsträne e.V.  
Windmühlenstraße 41  
04107 Leipzig

Tel.: 0341/22751553  
E-Mail: info@wolfstraene.de  
Web: www.wolfstraene.de

Sparkasse Leipzig  
IBAN: DE89 8605 5592 1090 1651 17  
BIC: WELADE8LXXX