

Maritimes Kompetenzzentrum Elsfleth gGmbH

Fax-Nr. 04404-9533913

Teilnehmererfassung

Kurs:



Maritimes
Kompetenzzentrum
Elsfleth gGmbH

Persönliche Daten:

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Nationalität: _____

Mailadresse: _____

Telefonnummer: _____

Erste Hilfe: _____ Ja _____ Nein wann? _____

welche G-Untersuchungen: _____

(G 41 ist Voraussetzung für PSAgA bzw. das Offshoretraining. Bitte in Kopie vorlegen oder vorab scannen!)

Vegetarier: _____ Ja _____ Nein

Kleidergröße: _____

Körpergröße: _____

Schuhgröße: _____

Schwimmer: _____ Ja _____ Nein

Sicherheitspass vorhanden? _____ Ja _____ Nein

Arbeitgeber m. Anschrift: _____

Branche: _____

Anmeldung für Kurswoche: _____

Datum der Teilnahme: _____

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____