

Office: Hildegardstr.20 ◦ D-10715 Berlin
Fon: +49 (0) 30 78705693 ◦ Fax: +49 (0) 30 78705693
www.step-ahead-berlin.de
exa@step-ahead-berlin.de



Seminar Anmeldung/Application Form

Vorname/Surname:

Name/First Name:

Geburtsdatum/Date of Birth:

F M

Adresse/Correspondence Address:

Phone Number:

Mobile:

Email:

Beruf/Profession:

Tätigkeit/Present Position:

Verzichtserklärung/ Declaration of Waiver

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass ich für meine Gesundheit und Versicherung im Falle eines Unfalles selbst verantwortlich bin und verzichte auf alle Ansprüche gegenüber dem Expressive Arts Institute Berlin und seinen Mitarbeitern.

I hereby agree that I am responsible for my health and insurance in case of an accident myself self and waive all claims against the Expressive Arts Institute Berlin and its employees.

Name/Name:

Vorname/Surname:

Datum/Date:

Unterschrift/Signature:

Teilnahmegebühr/Partizipation Fee

Ich erkenne an, dass die Teilnahmegebühr im voraus zu entrichten ist und nach Erhalt der Rechnung fällig wird.

I acknowledge that the participation fee is payable in advance and is due upon receipt of the invoice.

Datum/Date:

Unterschrift/Signature: