

## ANMELDEFORMULAR

Bitte Rücksendung per E-Mail oder Fax  
an 05 31 / 12 999 – 33

Boeselagerstraße 14  
38108 Braunschweig  
*Telefon* 05 31/12 999 - 0  
*Telefax* 05 31/12 999 - 33  
*E-Mail* [info@bsg-kongresse.de](mailto:info@bsg-kongresse.de)  
*Internet* [www.bsg-kongresse.de](http://www.bsg-kongresse.de)

### **„Hygienebeauftragte für Veranstaltungsmanagement“**

24. August bis 28. August 2020 (jeweils von 09:00 Uhr – 16:15 Uhr)

Durch die Corona-Pandemie hat sich das Umfeld für die Veranstaltungsbranche grundlegend geändert. Ein maßgeschneidertes Hygienekonzept ist für den gesundheitlichen Schutz von Veranstaltungsbesuchern und Mitarbeitern unabdingbar. Dazu bieten wir eine Grundlagen-schulung in Form einer 1-wöchigen Fortbildung an (40 Unterrichtseinheiten).

Ziel dieses Kurses ist der Erwerb von Kenntnissen zu grundlegenden Themen:

- Gültige Rechtsvorschriften
- Grundkenntnisse der Hygiene
- Arbeitssicherheit
- Workshop „Erstellung eines Hygienekonzeptes“

**Zielgruppe:** Meister für Veranstaltungstechnik; Projektleiter aus Agenturen, Messe-gesellschaften, Kommunen etc.  
(Die Teilnehmeranzahl ist begrenzt!)

**Teilnahmegebühr:** Die Teilnahmegebühr beträgt 920,00 € zzgl. der gesetzlichen MwSt. Sie beinhaltet die Lehrgangsunterlagen, die Verpflegung und ein Zertifikat.

**Rücktritt:** Die Bearbeitungsgebühr beträgt 30,00 € ggf. zuzüglich der gesetzl. MwSt. Erfolgt die Abmeldung zwischen der 8. und 4. Woche vor Ver-anstaltungsbeginn, werden zusätzlich 20 Prozent der Teilnahme-gebühren berechnet. Bei späterer Abmeldung oder Nichterscheinen werden die vollen Gebühren fällig. Es besteht die Möglichkeit, kostenfrei einen Ersatzteilnehmer anzumelden.

**Veranstaltungsort:** Braunschweiger Studieninstitut für Gesundheitspflege GmbH, Tagungs-zentrum, Boeselagerstraße 15, 38108 Braunschweig.

**Fortbildung HV 2/2020**  
**"Hygienebeauftragte für Veranstaltungsmanagement"**

Hiermit melden wir folgende(n) Mitarbeiter verbindlich zu oben genannter Veranstaltung an:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum /-ort: \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Institution: \_\_\_\_\_

Fachbereich: \_\_\_\_\_

**Rechnungsadresse:**

☐ dienstlich

☐ privat

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Stempel, Unterschrift: \_\_\_\_\_