



Anmeldung Fachtagung

Schwerbehindertenvertretung (SBV)

Für die Rücksendung senden Sie eine E-Mail an: mail@waf-seminar.de
oder ein Fax an: 08158 9972111

Fachtagung Schwerbehindertenvertretung (SBV)

7. bis 9. Dezember 2020, Hamburg

Hotel: Radisson Blu Hotel Hamburg

Tagungs-Nr.: TG560-3845-84

Beginn: 7. Dezember 2020, 10:00 Uhr

Ende: 9. Dezember 2020, 13:00 Uhr

Preise*: 1 Teilnehmer: 1.195,00€ 2 Teilnehmer: 1.149,00€ je TN 3 Teilnehmer: 1.118,00€ je TN

*zzgl. Hotel und MwSt.

Wir melden heute, in ausdrücklicher Anerkennung Ihrer Seminarbedingungen, folgenden Teilnehmer für die oben genannte Fachtagung verbindlich an:

Frau/Herrn

.....
Vorname, Name

.....
Tel.-Nr. im Betrieb

.....
E-Mail im Betrieb

Bitte wählen Sie hier vier Workshop-Themen aus:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Workshop 1 – Kollegen als SBV sinnvoll und effektiv unterstützen | <input type="checkbox"/> Workshop 4 – Kündigung eines (schwer-)behinderten Mitarbeiters – So reagieren Sie als SBV richtig |
| <input type="checkbox"/> Workshop 2 – Schwerbehindertenrecht aktuell | <input type="checkbox"/> Workshop 5 – Erfolgreich zur Gleichstellung: Worauf ist als SBV zu achten? |
| <input type="checkbox"/> Workshop 3 – Als SBV in Konfliktsituationen souverän und konstruktiv handeln | <input type="checkbox"/> Workshop 6 – Gesunder Umgang mit Belastungen der SBV |

Bitte buchen Sie folgende Leistungen für oben genannten Teilnehmer auf Rechnung über das W.A.F. Institut:

Hotelbuchung mit Übernachtung:

- Vollpension Halbpension

Hotelbuchung ohne Übernachtung:

- Tagesgast inkl. Mittagessen (T1) (obligatorisch)
 Tagesgast inkl. Mittag- und Abendessen (T2)

W.A.F. Service für Sie:

Egal, ob Sie Hotelgast oder Tagesgast sind, wir rechnen die Hotel- und/oder Verpflegungskosten direkt mit Ihrem Arbeitgeber ab.

Anreisetag

Abreisetag

.....
Firmenname

.....
Tel.-Nr. des Betriebsrats/der Schwerbehindertenvertretung

.....
Firma Straße

.....
Fax-Nr. des Betriebsrats/der Schwerbehindertenvertretung *

.....
Firma PLZ, Ort

.....
E-Mail des Betriebsrats/der Schwerbehindertenvertretung *

.....
Ihre Funktion in der Schwerbehindertenvertretung

.....
Datum, Unterschrift des Betriebsrats/der Schwerbehindertenvertretung

* Gerne informieren wir Sie künftig über unser Seminarangebot. Mit der Angabe Ihrer Faxnummer und/oder E-Mail-Adresse erklären Sie Ihr Einverständnis für den Erhalt von Informationen des W.A.F. Instituts für Betriebsräte-Fortbildung. Sollten Sie Ihre Einwilligung nicht in dieser Form geben wollen, streichen Sie bitte die entsprechenden Satzteile oder setzen Sie sich mit uns in Verbindung. Ihre Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.