



FRAGEBOGEN FÜR TRAINER/INNEN						
Zuname						
Vorname		Titel				
Geburtsdatum		SV-Nr.				
Geburtsort						
Adresse	PLZ		Ort			
Straße/Gasse-Nr						
TelNr. privat:			Tel. Nr. Firma:			
E-Mail-Adresse:			Mobil-Nr.			
Ausbildung:						
.....						
.....						
Berufs- und sonstige Tätigkeit:						
.....						
.....						
Welche Themen könnten unterrichtet werden?						
.....						
.....						
Mögliche Trainingszeiten *)	<input type="checkbox"/> Mo	<input type="checkbox"/> Di	<input type="checkbox"/> Mi	<input type="checkbox"/> Do	<input type="checkbox"/> Fr	<input type="checkbox"/> Sa
<i>ganztägig *)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>nur abends *)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>nach Vereinbarung *)</i>	<input type="checkbox"/>					
Bankverbindung	IBAN				BIC	
Datum:	Unterschrift					

*) Zutreffendes ankreuzen