|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Teilnahmebestätigung | | |
| über die Teilnahme an einer für Quality Office Consultants anerkannten Fortbildungsveranstaltung | | |
| Fortbildungsträger | | |
| Institution |  | |
| Straße und Hausnummer |  | |
| PLZ und Ort |  | |
| Teilnehmer | | |
| Vorname, Nachname |  | |
| Quality Office-Zertifikat-Nr. |  | |
| Veranstaltung | | |
| Titel |  | |
| Datum |  | |
| Ort |  | |
| Quality Office-Anerkennung | | |
| Quality Office-Seminar-Nr. |  | |
| Quality Office-Punkte |  | |
| Dauer (Einheiten á 45 Min.) |  | |
|  | | |
| Ort, Datum | | Stempel/Unterschrift des Bildungsträgers |