|  |
| --- |
| 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 |